ESSAI

SUR

LES SARCOMES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ÉTUDE CLINIQUE & PRONOSTIQUE

PAR

Le Dr Henri LAVERGNE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

ESSAI

SUR

LES SARCOMES

DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

ÉTUDE CLINIQUE & PRONOSTIQUE

PAR

Le Dr Henri LAVERGNE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES ANCIENS MAITRES

A MES AMIS

PRÉFACE

En traçant ces premières lignes de notre thèse, nous ne pouvons nous empêcher d'éprouver un sentiment de profonde mélancolie :

La thèse est le prélude d'une installation, qui, attendue et désirée depuis longtemps, ne laisse pas d'être bien douce à de nombreux points de vue ; mais elle annonce aussi le moment où l'on devra se fier à ses seules forces, assumer de lourdes responsabilités vis-à-vis d'une clientèle et surtout de sa propre conscience ; enfin, et ce qui nous attriste, elle présage l'abandon des maîtres affectionnés, des amis fidèles de l'Ecole, grâce à qui ces dernières années d'étude comptent parmi les plus belles de notre vie.

Avant d'entrer dans le vif de la question que nous devons traiter, qu'il nous soit permis de leur exprimer à tous nos sentiments les meilleurs.

Cela tout d'abord à nos premiers professeurs, MM. les Drs Bergonié, Denigès, Sigalas et de Napias, de la Faculté de Bordeaux,

Et à M. le Dr Bordier, professeur à la Faculté de Lyon, qui fut pour nous un ami, alors qu'il était préparateur du laboratoire de M. Bergonié.

Nous ne saurions davantage oublier les leçons des maîtres vénérés de la Faculté de Toulouse : les cours de

MM. les professeurs Charpy, Tourneux et Abelous, les cliniques de MM. les professeurs Caubet, Jeannel et Chalot. Nous les remercions des nombreuses preuves de paternelle affection qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer, durant notre séjour dans cette ville.

A Paris, nous avons été en première année d'externat dans le service de M. le Dr Routier, chirurgien des hôpitaux. Grâce à ses connaissances si étendues, qu'il mettait volontiers à notre disposition, nous avons pu avancer dans l'étude de la gynécologie, des voies urinaires, et de toute la chirurgie abdominale. Sa proverbiale habileté opératoire sera toujours pour nous un exemple ; nous lui gardons encore une vive gratitude pour la bonté qu'il n'a cessé de nous montrer.

Nous conservons profondément gravé dans notre mémoire le souvenir de M. le Dr Merklen, médecin des hôpitaux, qui nous a fait connaître les difficultés de l'auscultation du cœur, et a développé nos connaissances de médecine générale. De plus, nous ne saurions oublier, qu'avec le concours de nos excellents amis le Dr Roques, ancien interne des hôpitaux, Doazan, Guillaume, Lorrenzo, Mettey, Tessier et Vaquerie alors internes ou externes dans son service, il nous a sauvé la vie !

Non ! nous n'oublierons jamais les soins éclairés et dévoués que, durant ces trois mois de fièvre typhoïde, nous avons reçus jour et nuit.

Nous croyons qu'il est difficile de trouver de plus beaux exemples d'attachement d'un maître pour son élève, de

dévouement, de courage, de solidarité médicale et d'amitié de la part de collègues.

Nous désirons, une fois de plus, leur rendre un public hommage, leur exprimer une reconnaissance qui ne cessera jamais ; cela aussi à tous ceux qui nous ont secouru en cette circonstance, particulièrement à M. le Dr Routier, à M. le Dr Castex, à notre excellent ami Rousseau, externe des hôpitaux.

M. le Dr Champetier de Ribes a bien voulu nous donner une place d'externe dans son service d'accouchements en l'année 1900. Il nous a fait profiter de sa science et de sa grande expérience. Qu'il reçoive tous nos remerciements ainsi que M. le Dr Delestre, ancien interne des hôpitaux, dont l'amitié nous fut si précieuse. Mlle Graillot, sage-femme en chef, Mlles Paquelet et Jaglin, sages-femmes de la Maternité de l'Hôtel-Dieu-Annexe, ont été assez aimables pour aider nos recherches sur l'hystéropexie, dans les statistiques de ce service, et nous faciliter l'étude de l'obstétrique, nous leur en sommes très obligé.

Nous croirions manquer aux devoirs de l'amitié, si nous n'évoquions le souvenir de Boidin, Dardeau, Haret et Lemarchand, ces bons amis et ces charmants commensaux de la salle de garde de l'annexe.

Nous prions M. le Dr Michaux, chirurgien des hôpitaux, de recevoir l'assurance de notre respect et de notre reconnaissance pour les excellents enseignements que nous avons reçus de lui et la bienveillance qu'il nous a toujours montrée.

Bien nombreux encore sont ceux qui nous ont instruit,

éclairé, ou qui nous ont donné des marques de sympathie. Un long volume ne suffirait pas à signaler leurs bienfaits.

Que MM. les Drs Chauffard, Lucas-Championnière, Jalaguier, Brocq, Walther, Pozzi, Dalché, Variot, Moizard, Marion, Terrien, Rochon-Duvigneaud, Funck-Brentano, Bouffe de Saint-Blaise, Brissemoret, Jayle, Beaussenat, reçoivent une large part de nos meilleurs sentiments pour l'obligeant accueil que nous avons trouvé auprès d'eux.

Enfin nous demandons à notre excellent ami, le Dr Hivet, ancien interne des hôpitaux, qui attira notre attention sur une jeune malade soignée dans son service pour l'affection qui nous occupe, d'accepter nos affectueux remerciements.

INTRODUCTION

Dans le courant de nos deux dernières années d'études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer d'une façon assez suivie, un cas particulièrement intéressant de sarcome du maxillaire supérieur, opéré une première fois le 20 décembre 1898 et une seconde fois le 11 janvier 1901.

De plus, ces derniers mois, la fortune nous a servi à souhait en nous permettant de voir de près plusieurs autres malades du même genre.

Aussi est-ce un des sujets auquel nous avons tout de suite songé et que nous avons examiné en détail quand il s'est agi de faire notre thèse.

Nous l'envisagerons surtout sous l'aspect où il nous a intéressé, c'est-à-dire aux points de vue clinique et pronostique.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, examinons rapidement l'historique de la question.

Les chirurgiens du milieu du XVIIe siècle sont les premiers qui aient étudié sérieusement, qui aient essayé de différencier les affections spéciales au maxillaire supérieur. En 1755, nous voyons Bordenave présenter un mémoire à l'*Académie royale de chirurgie*, dans lequel il traite des maladies du maxillaire supérieur et publie la première observation de tumeur de cet os. A dater de cette époque, un grand nombre d'auteurs s'efforcent de délimiter les entités morbides du maxillaire supérieur, jusqu'alors si confuses. Mais le nom de tumeurs malignes leur sert indifféremment pour indiquer les sarcomes et les cancers.

Au milieu du XIXe siècle, et grâce au progrès de l'anatomie pathologique, Lebert distrait du groupe des tumeurs cancéreuses une tumeur dont il donne la description et qu'il appelle tumeur fibro-plastique. Dès lors, le sarcome est connu.

La découverte de Lebert fut parachevée grâce au travail opiniâtre de deux hommes dont le souvenir est encore dans toutes les mémoires : nous voulons parler de Robin et de Paget. C'est Robin qui nous apprit à distinguer dans le groupe des tumeurs fibro-plastiques, en outre des tu-

meurs à corps fibro-plastiques proprement dits, des tumeurs à cellules rondes, appelées par lui embryo-plastiques, et des néoplasmes renfermant des éléments spéciaux signalés par Müller, de véritables plaques cellulaires auxquelles il imposa le nom de myéloplaxes.

Paget, travaillant de son côté, découvrait dans les os et décrivait sous le nom de tumeurs myéloïdes, les tumeurs à myéloplaxes de Robin.

Follin (1), Broca (2), Lannelongue (3), Nélaton (4), Cornil et Ranvier (5) continuèrent l'œuvre de ces deux chercheurs et perfectionnèrent encore l'étude anatomo-pathologique de cette question.

A une époque plus rapprochée de nous, parmi les travaux remarquables, nous trouvons les thèses de Guillaume (6), Jacquelin (7), Berthier (8) et Arnal (9).

Si nous nous plaçons au point de vue purement clinique, nous devons mentionner le remarquable travail d'Estlander (10), sur les sarcomes du maxillaire supérieur, une excellente clinique de M. Lejars (11), les articles de

(1) Follin, *Arch. méd.*, 1854.

(2) Broca, *Traité des tumeurs.*

(3) Lannelongue, Hist. des tumeurs fibro-plastiques. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1868.

(4) Nélaton, Thèse d'agrégation, 1860.

(5) Cornil et Ranvier, *Traité d'hist. pathol.*

(6) Guillaume, *Etude clinique des tum. du max. sup.* Th. Paris, 1875.

(7) Jacquelin, Th. Paris, 1875.

(8) Berthier, *Tumeurs du max. sup. et résection.* Th. Montpellier, 1877.

(9) Arnal, *Tumeurs du max. sup.* Th. Paris, 1880.

(10) Estlander, Etude clinique sur le sarcome du max. sup. *Revue de méd. et de chir.*, 1879, t. III, p. 380.

(11) Lejars, Tumeurs malignes du max. sup. *Leçons de chirurgie de la Pitié*, 1893-1894, p. 317.

M. Heydenreich (1) et Nimier (2) dans les *Traités de chirurgie*; une leçon de M. le professeur Le Dentu, enfin une thèse de Lechaux (3).

Dans un chapitre consacré à l'historique nous ne pouvons passer sous silence le traitement du maxillaire supérieur, c'est-à-dire la résection de l'os.

On discute beaucoup la question de priorité pour l'ablation du maxillaire supérieur. Nous croyons utile, à ce sujet, de distinguer la résection partielle et la résection totale de cet os.

Pour la première : résection partielle, c'est en 1693 qu'il faudrait remonter avec Acolathus de Breslau.

Les chirurgiens du XVIIIe siècle n'ont pas enlevé en entier l'os maxillaire supérieur dans les cas de tumeurs : ils se servaient de la gouge et du maillet. Les noms de Desault, de Garengeot et de Jourdain restent attachés à ce manuel opératoire.

Gensoul, de Lyon, qui a laissé son nom à un procédé connu, fut le premier à concevoir l'idée de la résection totale du maxillaire supérieur.

En mai 1827, il pratiquait sa première opération dans ce genre. Il comptait, en 1833, huit résections totales dans sa statistique et cela sans avoir perdu un seul malade.

Cet exemple ne resta pas infructueux, et Lizars en Angleterre, Leo en Allemagne ne tardèrent pas à exécuter la même opération.

La résection totale du maxillaire supérieur s'est encore perfectionnée avec Heyfelder, Velpeau, Blandin, Liston,

(1) Heydenreich, *Traité de chir*. Duplay et Reclus, t. V, p. 166.
(2) Nimier, *Traité de chir*. Le Dentu et Delbet, t. V, p. 867.
(3) Lechaux, Th. Paris, 1898-99.

Lisfranc, Maisonneuve; cette pléiade de chirurgiens célèbres la faisait enfin accepter et entrer dans les mœurs chirurgicales. Nous ne saurions oublier Nélaton qui couronna cette époque et laissa son nom à un procédé bien connu.

Quelques années à peine ont passé depuis que M. le professeur Chalot est venu apporter encore une nouvelle modification à ces procédés.

DIVISION DU SUJET

Le cadre de ce modeste travail et aussi le temps nous empêchent d'approfondir ce qui se rapporte à l'anatomie pathologique des sarcomes du maxillaire supérieur. Nous passerons également sous silence la question du traitement. Une thèse pourrait être avantageusement employée à ce seul point.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est surtout à l'étude clinique et au pronostic que nous consacrerons nos efforts.

Plusieurs chapitres nous seront nécessaires pour arriver à ce but :

Dans un premier nous rechercherons l'étiologie de cette affection, et dans un second nous en étudierons les symptômes ;

Un troisième nous servira à déterminer les principales formes cliniques ;

Avec le quatrième nous aborderons les complications ;

Le cinquième aura le diagnostic pour objet.

Le sixième s'occupera du pronostic.

Suivront des observations personnelles, ou bien empruntées à d'autres auteurs, grâce auxquelles nous avons pu établir cette étude sur des bases sérieuses.

Enfin nous proposerons nos conclusions.

Nous aurions voulu faire une étude plus complète de la question, mais les documents nous ont parfois fait défaut, malgré notre vif désir de les recueillir.

Nous demandons à nos juges toute leur indulgence pour ce travail, sans prétention, mais qui a vivement excité notre intérêt.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

Quel est l'âge le plus favorable au développement du sarcome du maxillaire supérieur ? Les statisticiens nous accusent sa plus grande fréquence chez les individus jeunes, comme pour tous les sarcomes. E. Nélaton déduit de ses observations que le sarcome à myéloplaxes est rare après 30 ou 35 ans, et qu'on le rencontre dans l'enfance, surtout dans la jeunesse et principalement de la 15e à la 25e année.

Mais cette règle est loin d'être absolue, si bien qu'Estlander a pu dire que les limites extrêmes de l'âge variaient de 24 à 69 ans. Nous-même rapportons dans cette thèse une observation personnelle d'un malade âgé de 42 ans et présentant un sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche.

Par contre, les variétés encéphaloïdes et fasciculées se voient surtout chez les malades relativement âgés. Toutefois le cas de Lerouge, dont nous parlerons plus loin, se présenta chez un enfant de 9 ans.

Ces dernières variétés sont les plus rares.

L'influence du sexe a aussi attiré l'attention des cliniciens.

Pour Estlander les hommes seraient trois fois plus exposés que les femmes ; et Nélaton nous dit que les tu-

meurs à myéloplaxes se développent à peu près indifféremment dans les deux sexes.

On a recherché aussi quelle était la cause provocatrice. Terrillon nous démontre, pièces en main, que certaines tumeurs telles que les sarcomes, peuvent reconnaître pour origine une anomalie dentaire. « De même, nous dit-il, qu'une dent, qui n'occupe pas sa place normale, peut être le point de départ d'altérations multiples telles qu'abcès, nécroses et kystes, de même également elle peut, par sa présence dans l'épaisseur du tissu osseux, provoquer la formation d'une production nouvelle. »

Lerouge (1) communiquait, il y a quelques mois à peine, à la *Société de médecine de Lille*, le cas d'un sarcome encéphaloïde développé au niveau d'une dent en ectopie chez un enfant.

L'observateur doit se mettre en garde contre la tendance qu'ont les malades à rattacher toujours leur affection à des violences extérieures, et ne jamais se départir d'une grande prudence dans l'interprétation de ces faits.

Cependant il ne nous semble pas raisonnable de refuser, de parti pris, toute espèce d'influence aux causes purement physiques.

Ne voyons-nous pas certains métiers où le sein subit des traumatismes répétés, tel que celui de brodeuse sur drap d'or, être affligés d'une plus grande proportion de tumeurs malignes de cet organe que les autres.

Dans ces conditions pourquoi le traumatisme n'aurait-

(1) Lerouge, Communication à la *Société anatomo-clinique de Lille* (*Journal des sciences médicales de Lille*, 17 février 1900, p. 154-157).

il pas son influence dans les ostéo-sarcomes du maxillaire supérieur ?

Que de pressions subit cet os pendant la mastication ? et n'est-ce pas justement au niveau de l'arcade alvéolaire, la partie la plus exposée, que commence le mal la plupart du temps ?

Dans les nombreux cas que nous avons analysés, nous avons pu constater que l'ostéo-sarcome débutait surtout par le côté gauche de la mâchoire supérieure. Estlander a vu de son côté que sur 100 cas, il en était soixante-dix fois ainsi, et « l'explication serait, suivant cet auteur, que la plupart des gens, se servant de leur main droite pour porter à leur bouche les aliments, placent d'abord naturellement ceux-ci entre les deux arcades dentaires du côté gauche.

« C'est donc de ce côté que s'exécutent les premiers et les plus énergiques de tous les mouvements de la mastication. »

CHAPITRE II

Symptômes.

Les sarcomes du maxillaire supérieur se présentent sous des formes extrêmement variables suivant les cas, et qui dépendent principalement : de la variété anatomo-pathologique de la tumeur et de l'âge du sujet.

Il nous faudra donc étudier tour à tour les formes multiples du sarcome de la mâchoire supérieure.

Nous commencerons naturellement par la plus commune, c'est-à-dire celle qu'on rencontre d'ordinaire chez l'adulte.

D'une façon un peu trop artificielle, mais très commode pour la description, nous l'envisagerons dans trois périodes :

1° Période de début ;

2° Période d'état ;

3° Période de terminaison.

Période de début.

Sous ce nom, on désigne en quelque sorte la période latente de la tumeur : c'est-à-dire celle où le néoplasme n'est pas visible à l'extérieur et où les symptômes fonctionnels seuls attirent l'attention.

Habituellement, c'est du côté de sa denture que le ma-

lade provoque, en premier lieu, l'examen du médecin. Il se plaint, par exemple, de névralgies dentaires, rarement très douloureuses, mais s'accompagnant à peu près toujours de mobilité des dents. Ceci est surtout vrai quand il s'agit de personnes trop délicates, fort préoccupées d'elles-mêmes et que la plus légère fatigue incommode.

Si, au contraire, le patient appartient à la classe ouvrière, s'il est, suivant l'expression, dur au mal, il ne se soucie guère de ces névralgies et continue son travail sans aucune préoccupation.

Dans le premier cas, le malade énervé va trouver le dentiste. Celui-ci commence par lui annoncer qu'il n'a rien, que ses dents sont saines et que les douleurs guériront facilement et vite, grâce à quelques badigeonnages des gencives avec un liquide révulsif quelconque, tel que la teinture d'iode. Cependant au bout d'un certain temps, le client revient, il se plaint de ce que ses névralgies persistent, augmentent même, et alors sur ses exhortations pressantes le spécialiste se résout, le plus souvent, à lui arracher une ou plusieurs dents, au niveau de la région douloureuse. Cette extraction s'accompagne parfois d'un grand soulagement momentané, jusqu'au jour où, l'arcade alvéolaire s'étant tuméfiée, devient violacée et saigne.

A cette époque c'est encore habituellement le dentiste que le malade va consulter. Alors si ce dernier est plus ou moins ignorant, il n'est pas rare de lui voir faire le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire et toujours avec la même sûreté, ou bien il donne quelques pansements antiseptiques légers, ou bien même il pratique une petite opération consistant en une résection partielle du rebord alvéolaire malade.

Si, au contraire, il a de la science et surtout du bon sens, c'est lui qui en général pose, le premier, le diagnostic de sarcome, ou tout au moins qui fait de grandes réserves au point de vue de la malignité possible de l'affection.

Dans d'autres cas, le malade se plaignant d'une vive douleur au niveau du sinus maxillaire, le médecin traitant se rallie à l'idée de sinusite. Il y a, en même temps, de l'ozène, de l'affaissement de la voûte palatine du côté malade, une projection du sinus maxillaire en avant. Ces différents symptômes, qui sont du reste caractéristiques de la sinusite, autorisent et même imposent une intervention qui est l'empyème du sinus maxillaire. Or, si dans certaines circonstances, cet empyème a pu donner de très beaux résultats thérapeutiques, dans d'autres, au contraire, et c'est là l'immense majorité, il n'a servi à rien. Nous exagérons cependant : il a mis sur la voie du diagnostic, ce qui était un signalé service pour l'opérateur et le patient.

L'ostéo-sarcome a aussi sa forme pseudo-polypeuse, de début. Dans nos observations, nous en avons plusieurs exemples.

Le malade qui vient nous consulter a la symptomatologie complète du polype des fosses nasales.

Il ronfle la nuit, sa voix est nasonnée. Il lui est difficile ou même impossible de respirer par ses narines, surtout par l'une d'elles qui est habituellement la gauche.

Instinctivement il veut vaincre l'obstacle qui le gêne, l'expulser en se mouchant avec force. Il n'arrive qu'à rendre un liquide muco-purulent, strié de sang, exhalant parfois une odeur infecte. A la suite de ces efforts répétés, se produisent souvent de fréquentes épistaxis.

Par suite de ses rapports avec la trompe d'Eustache, l'oreille correspondant à la narine obstruée présente une diminution croissante de l'acuité auditive. Quelquefois même c'est l'abolition complète. Ajoutez à cela que la rhinoscopie antérieure et postérieure confirme entièrement le diagnostic de myxome ou polype muqueux. Dès lors comment ne pas se tromper ? Une intervention ayant pour but de débarrasser la narine de la masse polypeuse qui l'obstrue est décidée.

Mais cette opération pratiquée avec le polypotome est insignifiante et ne sera pas funeste. Elle peut permettre même le diagnostic. En effet, les végétations que l'on ne pouvait pas distinguer de simples myxomes, alors qu'elles étaient implantées dans les fosses nasales, apparaîtront sous leur vrai jour une fois extirpées. Un examen soigné permettra de se rendre compte qu'elles sont plus molles, plus friables, et surtout qu'elles n'ont pas l'aspect tremblotant. Dans certains cas douteux, l'avis d'un histologiste peut venir grandement en aide. L'anatomo-pathologie microscopique est encore un précieux moyen de contrôle, qui lèvera peut-être le doute de l'esprit du praticien. Pourquoi celui-ci s'en priverait-il de gaîté de cœur ? Pourquoi renoncerait-il à savoir ce qu'il peut attendre de son malade ?

Quoiqu'il en soit, la plupart du temps, le malade part soulagé, enchanté, et celui qui a opéré est non moins heureux de son succès. Comme pour les polypes muqueux, mais plus rapidement, une seconde obstruction succède à la première Quelquefois nouvelle opération. Les différences s'étant alors accentuées, on reconnaît une tumeur maligne dans les morceaux enlevés.

Sinon, voici qu'au bout de très peu de temps, les choses changent, l'ostéo-sarcome se démasque franchement, cesse de garder les simples signes du myxome et devient tumeur du maxillaire supérieur.

Dans d'autres circonstances, le début est simplement signalé par une névralgie sous-orbitaire intense qui a son maximum d'acuité le soir. Suivent du larmoiement, une projection en haut et en dehors de l'œil correspondant, une tuméfaction de la paupière, du chémosis et de la diplopie.

D'autres fois, mais c'est la grande exception, la période de début n'existe pas et le malade entre brusquement, d'une manière foudroyante, dans la période d'état.

Il est donc parfois difficile de dépister un ostéo-sarcome au début. Beaucoup de cliniciens ont cherché des signes nouveaux. Peu sont arrivés à en trouver qui aient quelque valeur.

Un des meilleurs est celui d'Heryng.

Se plaçant dans une chambre noire, on met dans la bouche du malade une petite lampe à incandescence. On lui fait fermer hermétiquement ses lèvres et ses paupières.

Si de chaque côté, le sinus est libre, les paupières paraissent transparentes.

Si la cavité est occupée par une tumeur de nature variable ou même par du pus, la paupière reste sombre, faisant contraste avec celle du côté opposé.

Le signe de Heryng venant s'ajouter aux autres, peut mettre sur la voie d'un diagnostic probable. Malheureusement, il n'est pas pathognomonique, puisque du pus et une tumeur quelconque peuvent être confondus,

puisque encore le sinus n'est pas toujours envahi à cette période.

Période d'état.

Cette période se présente avec un ensemble symptomatologique très différent suivant que la tumeur débute par l'arcade alvéolaire ou suivant qu'elle commence par le corps de l'os.

Lorsque le néoplasme siège, à l'origine, sur le bord alvéolaire, il constitue l'épulis sarcomateuse. Cette tumeur, comme nous le verrons plus tard, est sans aucun doute la variété la plus bénigne, non seulement parce qu'elle est constituée au point de vue histologique par des myéloplaxes, mais encore parce qu'elle s'accroît d'une façon très lente, et que son siège sur l'arcade alvéolaire permet une intervention facile et radicale.

Cependant il faudrait bien se garder, en présence d'un néoplasme de cette variété, de temporiser. Il est, en effet, toujours à redouter qu'à un moment donné, sous l'influence d'une cause insignifiante, d'un traumatisme par exemple, ou bien même sans cause appréciable, la tumeur subisse tout à coup un notable accroissement de volume et envahisse le corps du maxillaire. C'est le cas de la pauvre jeune fille que nous avons observée dans le service du Dr Jalaguier et qui, pendant deux ans, fut simplement traitée par des applications de pommades variées.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur les caractères de l'épulis sarcomateuse, qui sont d'ailleurs ceux de l'épulis proprement dite et qui sont vraiment trop connus. Nous ferons simplement remarquer qu'il s'agit dans ce cas

d'une excroissance plus ou moins arrondie, lisse, rouge, de grosseur très variable, atteignant dans certaines circonstances les dimensions d'une noix, ne dépassant pas dans d'autres celles d'un petit pois.

Ce néoplasme est dur, complètement adhérent au rebord alvéolaire et indolore. A son niveau il est fréquent de constater l'absence d'une ou de plusieurs dents, qui, lorsqu'elles restent en place, sont branlantes et s'enlèvent avec une très grande facilité.

Quant aux symptômes fonctionnels, d'ordinaire peu accusés, ils consistent simplement en une gêne légère de mastication.

Malheureusement la tumeur ne reste pas limitée au rebord alvéolaire, elle se développe en arrière et surtout en haut. Elle envahit la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis sa cavité qu'elle remplit ; enfin elle pousse même des bourgeons dans la fosse nasale correspondante. C'est alors que les symptômes fonctionnels sont très marqués. Ce sont même ces signes qui attirent, les premiers, l'attention, lorsque le sarcome envahit primitivement le corps du maxillaire supérieur.

Nous avons déjà vu à la période de début, c'est-à-dire au moment où la tumeur n'est pas visible à l'extérieur, les différents symptômes fonctionnels que présentait le malade. Nous retrouvons ici ces différents signes mais beaucoup plus accusés.

La fosse nasale étant complètement obstruée par des bourgeons sarcomateux refoulant la cloison du côté sain, il en résulte une gêne extrême de la respiration.

Le malade, obligé de respirer par la bouche, a la langue

recouverte d'un enduit saburral et la gorge sèche. Le sommeil est entrecoupé de cauchemars, de réveils en sursaut et en sueurs, avec sensations d'étouffement et d'angoisse.

La mastication est également très gênée, surtout lorsque la tumeur se développant en bas vient s'interposer entre les dents. En tous cas, les aliments triturés finissent par combler le sillon qui sépare le sarcome des muqueuses gingivales et labiales ; ils s'y putréfient en donnant lieu à un écoulement de liquide infect.

De même la déglutition est pénible ; ce qui s'explique d'une part, grâce à l'obstacle déterminé par le néoplasme au niveau de la voûte palatine, d'autre part, grâce à la sécheresse de la gorge. Pour la faciliter, le patient est obligé de boire beaucoup, ce qui a également l'avantage de calmer la sensation de soif ardente qu'il éprouve. L'odorat est naturellement très affaibli. Il est même à peu près nul lorsque les deux fosses nasales sont obstruées. Les troubles de l'ouïe sont habituellement précoces. Souvent dès le début, le malade se plaint de bourdonnements d'oreilles et de surdité légère, sans doute déterminés par le simple catarrhe de la trompe d'Eustache correspondante, catarrhe qui s'explique aisément par la continuation de la muqueuse de la trompe avec celle des fosses nasales enflammées.

Plus tard, les bourdonnements d'oreilles deviennent très pénibles.

Ils durent non seulement le jour, mais souvent la nuit, et empêchent la malade de dormir. Ils consistent surtout en un ronflement sonore, continuel, rebelle à tout

traitement, même au cathétérisme de la trompe, et vraiment insupportable. L'ouïe est altérée plus ou moins suivant les cas et suivant les périodes. Parfois la surdité est absolue. D'autres fois, au contraire, l'ouïe persiste presque intacte. Dans la majorité des cas, elle est notablement affaiblie.

Du côté de l'organe de la vision, les troubles observés sont de même variables avec les sujets et avec les périodes. Il est fréquent de remarquer dès le début un épiphora considérable, consécutif à l'obstruction des voies lacrymonasales du côté malade. Cet épiphora s'accompagne souvent, à la longue, de conjonctivite oculo-palpébrale. Il est rare que la vision soit atteinte sérieusement. Cependant, plusieurs fois, on a noté dans les observations de la diplopie et une diminution considérable de l'acuité visuelle. Enfin la douleur est le symptôme fonctionnel qui, à la période d'état, est le plus inconstant ; tantôt elle est nulle, tantôt, au contraire, elle est peu marquée, mais continuelle et consiste en une sorte d'endolorissement profond de la région malade. D'autres fois encore, elle survient sous forme de crises atroces dans la région sus-orbitaire ou bien auriculaire.

Passons maintenant à l'étude des symptômes physiques :

Le facies du patient est en général assez spécial. Il a été décrit sous le nom de facies de batracien :

« La joue du côté malade est soulevée par une tumeur de volume et de forme variables, souvent allongée dans le sens vertical. Cette tumeur commence généralement à un travers de doigt au-dessous de la partie externe de

l'orbite, et se termine plus ou moins bas suivant les cas. A son niveau, la peau de la joue, du moins à cette période, présente une coloration à peu près normale. La narine qui correspond au côté malade est très élargie dans le sens transversal..... L'œil est souvent projeté en haut et en dehors, ce qui détermine une exophtalmie plus ou moins marquée (1). »

Si l'on relève la lèvre supérieure du côté malade on constate que la tumeur qui distend la joue présente une coloration variant du rouge simple au rouge violacé ; des contours en général arrondis et un aspect lisse plus rarement multilobulé (*Observation II, personnelle*).

En faisant ouvrir la bouche on s'aperçoit que la voûte palatine du côté malade est affaissée, souvent bosselée. Cet affaissement peut s'étendre depuis les incisives en avant jusqu'au niveau des dernières dents en arrière. Si l'on examine la narine malade au moyen du spéculum nasal et du miroir frontal, on constate que cette narine est complètement obstruée par des masses végétantes et facilement saignantes. Celles-ci s'étendent souvent à la partie antérieure jusqu'à l'orifice externe des fosses nasales. Du côté sain, la rhinoscopie antérieure ne révèle rien. Le plus souvent, on constate une déviation de la cloison de ce côté. Quelquefois même celle-ci vient s'appliquer contre le cornet inférieur.

La rhinoscopie postérieure ne doit pas non plus être omise, car elle permet fréquemment de constater l'obstruction de la partie postérieure des fosses nasales par les bourgeons sarcomateux.

(1) Lechaux, Thèse Paris, 1899.

Nous avons suffisamment insisté à la période de début, sur le signe de Heryng, pour n'avoir plus à y revenir ici. Nous nous contenterons simplement de faire remarquer qu'il est, à la période qui nous occupe, très fréquent, presque constant.

Le palper permet de se rendre compte que les plans superficiels sont mobiles sur la tumeur ; tandis qu'au contraire la tumeur est immobilisée sur les parties osseuses sous-jacentes.

La consistance est celle de tous les sarcomes, c'est-à-dire extrêmement variable suivant les points, dure par place, molle ou vraiment fluctuante en d'autres endroits. L'indolence à la pression est en général absolue.

Il est fréquent de constater à cette période un engorgement ganglionnaire, qui ne présente ici rien de particulier. Il est en effet bien démontré aujourd'hui que c'est un simple engorgement inflammatoire et non sarcomateux.

Cet engorgement est sous-maxillaire et siège du côté malade.

C'est vers la fin de cette période que l'état général intact commence à s'altérer. Le malade maigrit, perd l'appétit, a de la fièvre, le soir (39°, 39°5), digère mal, se plaint de céphalalgies fréquentes, et ne tarde pas à présenter un aspect cachectique, indice d'une terminaison prochaine.

Période de terminaison.

Nous entrons dans la troisième période.

A ce moment le sarcome bourgeonne d'une manière exubérante. Au niveau de la zone la peau s'enflamme,

s'amincit, éclate sous la poussée de la tumeur. Elle livre alors passage à des fongosités rouges, saignantes.

Aux fosses nasales la cloison est détruite, la narine du côté opposé est obstruée. Il y a même issue de bourgeons charnus par les deux narines. La voûte palatine enfin finit par se rompre.

Les groupes ganglionnaires du voisinage, qui jusque-là étaient simplement le siège d'un engorgement inflammatoire, deviennent sarcomateux. A leur niveau, comme à celui de toutes les autres masses sarcomateuses, la peau s'use, éclate, et laisse échapper des bourgeons exubérants.

La fièvre qui, à la période précédente, était inconstante, devient à ce moment la règle avec exacerbations vespérales.

Tous les symptômes fonctionnels ci-dessus mentionnés atteignent leur paroxysme.

La déglutition et la respiration sont impossibles, l'amaigrissement devient extrême et le malade ne tarde pas à succomber aux progrès de la cachexie croissante.

CHAPITRE III

Complications.

Il est rare que le sarcome du maxillaire supérieur présente l'évolution complète indiquée plus haut.

Le plus souvent, en effet, une complication fatale emporte le malade au moment de la troisième période.

La généralisation sarcomateuse est assez fréquente ; tantôt elle se fait simultanément en plusieurs organes, tantôt elle se produit spécialement dans certains organes, tels que le poumon et le cerveau.

La sarcomatose pulmonaire se présente sous deux formes distinctes.

Parfois c'est la forme à noyaux disséminés, dans laquelle le néoplasme reste latent durant une longue période, ne donnant lieu que de temps à autre à quelques crachats sanguinolents. D'autres fois, la sarcomatose pulmonaire est diffuse et alors le tableau symptomatique que présentent les malades ressemble souvent à s'y méprendre à celui de la phtisie aiguë. Ajoutons que dans ses deux formes, cette maladie s'accompagne parfois de sarcome pleural facilement reconnaissable aux signes habituels de la pleurésie hémorrhagique.

La généralisation au cerveau se traduit par des céphalées à localisations vagues, mais persistantes, et présentant à certains moments des paroxysmes. Le malade est

plongé dans la torpeur, il a des vertiges, parfois de la tendance aux syncopes, ou, au contraire, il présente des phénomènes d'excitation tel que du délire. Il est fréquent de voir la sarcomatose centrale ou méningée donner lieu à un ensemble symptomatique tout spécial qui, loin de la faire reconnaître, prête au contraire à l'erreur et fait penser tantôt à une hémorrhagie cérébrale, tantôt à un ramollissement, quelquefois même à une méningite de la base.

En dehors de la généralisation sarcomateuse, il est assez fréquent de constater du côté des poumons l'existence, soit d'une gangrène pulmonaire, soit d'une broncho-pneumonie. Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères de ces différentes affections. Nous nous contenterons simplement de faire remarquer que la gangrène pulmonaire s'accompagne, outre l'élévation de température intense, d'un violent point de côté et d'une expectoration fétide séparable par le repos en trois couches.

La broncho-pneumonie au contraire est plus insidieuse, et à part un point de côté souvent peu douloureux, ce ne sont guère que les symptômes physiques et la fièvre qui mettent sur la voie du diagnostic.

L'engorgement des ganglions du médiastin est assez rare. Quand il existe il se révèle par les symptômes habituels des tumeurs médiastinales : raucité de la voix, aphonie, toux coqueluchoïde, stase veineuse dans la tête et les membres supérieurs, gêne de la respiration, cornage, matité oblongue au niveau de la région dorsale, etc.

L'œdème de la glotte rarement observé a été dans la plupart des cas la conséquence de la stase veineuse dé-

terminée par la compression des ganglions médiastinaux, exceptionnellement il a été le résultat de la propagation du néoplasme à l'orifice supérieur du larynx.

Enfin l'hémorrhagie foudroyante est très rarement observée de même que la septicémie, grâce aux procédés d'antisepsie aujourd'hui en pratique.

CHAPITRE IV

Formes.

Nous pourrions décrire des formes d'ostéo-sarcome variant selon leur mode de début, suivant la manière dont ils évoluent, se terminent ou se compliquent, mais il nous a été impossible de ne pas envisager ces points de vue, à l'étude des symptômes et des complications. Ce que nous pourrions exposer ne serait que redites. Aussi nous en abstiendrons-nous.

Nous nous proposons actuellement de voir les formes dépendant uniquement de la variété anatomo-pathologique et de l'âge du sujet, ce sont du reste les plus importantes.

Elles sont au nombre de trois principales :

La variété myéloïde, les variétés encéphaloïdes et fasciculées.

La première est la maladie des jeunes gens. On la trouve de préférence entre quinze et trente ans. C'est à l'arcade alvéolaire qu'elle siège, en général. Il est rare qu'elle envahisse d'emblée le maxillaire supérieur. Presque toujours c'est secondairement. Elle évolue lentement, sans engorgement ganglionnaire. On peut obtenir, grâce à une intervention précoce, une guérison définitive.

Sa coloration est rouge brun, sanguine, on l'a comparée à de la rate ou à du poumon hépatisé. Sa consistance

est assez ferme, tantôt tout à fait molle, d'autres fois seulement friable.

Les sarcomes encéphaloïdes et fasciculés, au contraire, sont plus fermes. Leur coloration est blanchâtre ou grisâtre.

Ils sont presque toujours confondus avec le cancer quand on néglige l'examen histologique. Ils apparaissent chez des gens ayant dépassé la quarantaine, envahissent d'emblée le corps de l'os à moins qu'ils ne se localisent au périoste. Dans ce cas ils s'étalent à la surface du maxillaire avant d'en attaquer le corps. Ils s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire et évoluent très vite.

Pour distinguer ces deux variétés entre elles et avec la première, l'examen histologique est des plus utile.

Malheureusement pour ces dernières, les opérations ne donnent que de fâcheux résultats.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Nous avons vu au chapitre des symptômes, que les sarcomes du maxillaire supérieur ne possédaient dans la période de début aucun signe suffisamment caractéristique pour permettre de poser, non seulement avec certitude, mais même avec de simples chances de probabilité, le diagnostic positif.

Suivant les malades, le clinicien croira se trouver en présence, soit d'une sinusite, soit de polypes des fosses nasales, ou bien simplement d'une périostite alvéolo-dentaire.

Dans le cas de sinusite, le signe de Heryng, que quelques auteurs ont décrit comme pathognomonique du sarcome, est aussi très fréquent. Ce n'est donc pas le signe qui permettra de trancher le diagnostic.

C'est seulement lorsque la maladie considérée comme une sinusite évoluera d'une façon lente, insidieuse sans tendance à la guérison, malgré le traitement employé, que le médecin spécialiste sera autorisé à suspecter le sarcome. Il aura alors, tout à la fois, le droit et le devoir d'aller cueillir quelques parcelles de la muqueuse sinusienne pour la faire examiner par un anatomo-pathologiste.

La confusion avec les polypes des fosses nasales n'est pas possible tant que ceux-ci ont leur aspect ordinaire,

gélatineux et transparent, mais quelquefois ils s'enflamment, deviennent rouges, vasculaires, dégénèrent même et dansces conditions, c'est encore au microscope qu'il faut avoir recours, si l'on veut poser un diagnostic sûr et précis.

Enfin il faudra de même surveiller avec attention une périostite alvéolo-dentaire évoluant sans douleur notable, malgréle bon état des dents et s'accompagnant de tuméfaction gingivale appréciable.

A la période d'état il est en général facile de faire le diagnostic, grâce à l'ensemble des symptômes plus ou moins caractéristiques de cette période. D'ordinaire la tumeur se développe sur le corps même du maxillaire supérieur,soit qu'elle ait débuté primitivement sur le corps, soit qu'elle ait commencé par le rebord alvéolaire. Ellene tarde pas à faire saillie à la fois du côté de la joue qui est distendue, du côté des fosses nasales qui sont obstruées et de celui de la voûte palatine qui s'affaisse.Sa consistance appréciable à l'extérieur au niveau de la joue,ou à l'intérieur aux gencives et vers la voûte palatine, est variable suivant que la paroi osseuse existe encore ou est rompue.

Dans les premiers cas, la consistance est ferme, souvent parcheminée, ce qui indique une enveloppe osseuse très mince, prête à être détruite.

D'autres fois cette consistance est très inégale, dure en certains points, molle ailleurs ; si bien qu'elle simule une fluctuation véritable et qu'on croit avoir affaire à une collection liquide.

Quant au sarcome alvéolaire encore appelé épulis sarcomateuse,il est plus facile à reconnaître que le précédent.

Son siège au niveau des molaires, sa coloration violacée, sa consistance assez ferme quoique inégale, sa forme bosselée et souvent multilobée, enfin l'ébranlement des dents implantées à son niveau sont autant de signes caractéristiques qui manquent rarement et rendent presque toujours le sarcome évident. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic positif à la période d'état, car à cette période il s'impose. C'est à ce moment qu'apparaissent les ulcérations multiples du côté de la bouche ou de la joue, ulcérations à bords minces décollés et par lesquelles sortent des bourgeons exubérants. Ces bourgeons saignent, répandent une odeur fétide et s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires sous-maxillaires énormes.

Diagnostic différentiel.

Nous avons vu qu'à la période de début, il était impossible d'établir le diagnostic clinique sur des bases certaines, avec une périostite alvéolo-dentaire, des polypes des fosses nasales, et une sinusite. Nous n'insisterons donc pas davantage. A la période de terminaison, au contraire, le diagnostic s'impose, tout au plus la confusion peut-elle se faire avec le cancer, ce qui n'a aucune importance puisque le pronostic et le traitement sont identiques dans les deux cas. Il ne nous reste donc ici qu'à différencier les sarcomes du maxillaire supérieur à leur période d'état ; ce qui est très important, car lorsqu'on le fait d'une façon précoce, on peut permettre de tenter une intervention radicale, avec des chances de guérison définitive. Au contraire, si on fait tardivement cette différenciation, on rend pour ainsi dire toute intervention illusoire.

En premier lieu, nous éliminerons toutes les tumeurs de la joue et des parties molles sous-jacentes qui peuvent, au premier abord, simuler un néoplasme du maxillaire supérieur. En effet, un examen très rapide permettra de reconnaître que ces néoplasmes n'ont aucune connexion avec la charpente osseuse.

Parmi les tumeurs du maxillaire supérieur, les unes siègent au niveau du rebord alvéolaire, les autres du côté du corps de l'os. Les unes sont au nombre de trois principales, savoir :

Les odontomes ;

Les kystes alvéolo-dentaires ;

L'ostéite hypertrophiante alvéolaire.

Ces différentes affections se différencieront aisément, grâce aux caractères suivants :

Les odontomes s'observent chez les jeunes sujets au niveau des grosses molaires supérieures. Ils tendent toujours à faire saillie à l'extérieur, sous la gencive, vers le rebord alvéolaire. Enfin, une ou plusieurs dents manquent en ce point.

Les kystes dentaires se développent avec une lenteur extrême et il est bien rare qu'ils atteignent un volume considérable ; tôt ou tard ils finissent par se présenter avec leurs deux symptômes caractéristiques :

La crépitation parcheminée et la fluctuation franche.

L'ostéite hypertrophiante alvéolaire, c'est-à-dire l'ostéite consécutive à l'évolution de la dent de sagesse s'observe d'une manière habituelle au maxillaire inférieur et presque jamais sur le maxillaire supérieur.

Le diagnostic différentiel avec le sarcome se posera

donc bien rarement. D'ailleurs, dans ce dernier cas, l'évolution et l'absence de douleur lèveront bientôt tous les doutes.

Les principales tumeurs du corps du maxillaire supérieur qui peuvent encore simuler les sarcomes, et dont il nous reste à signaler les caractères essentiels sont les suivantes :

L'hypertrophie diffuse des maxillaires ;
Les ostéomes ;
Les fibromes ;
Les myxomes ;
Les chondromes ;
L'ostéite tuberculeuse ;
Les gommes syphilitiques ;
Les épithéliomes.

L'hypertrophie diffuse des maxillaires a un développement insidieux, lent et symétrique. On l'observe de préférence chez les sujets jeunes, auxquels elle donne alors un facies spécial caractérisé par la saillie exagérée des pommettes.

Les ostéomes à développement lent, sont toujours durs, lisses et arrondis. Parfois ils acquièrent un volume énorme et prennent un développement rapide, sous l'influence d'un choc.

Les fibromes, arrondis, lisses et indolents comme les ostéomes, se distinguent de ceux-ci par leur consistance qui est non pas dure, mais simplement ferme.

Au contraire, les myxomes sont, en règle générale, mous comme les lipomes, qu'ils simulent aussi par leur

pseudo-fluctuation et leur lobulation fréquente. Ce sont d'ailleurs des tumeurs très rares au niveau du maxillaire supérieur.

Les chondromes s'observent de préférence chez les jeunes sujets. Ils se développent très lentement et ils ont une consistance inégale comme celle du sarcome, mais plus ferme. D'ailleurs, leur dégénérescence en tumeur maligne est malheureusement très fréquente.

La tuberculose du maxillaire supérieur est extrêmement rare. Quand elle existe, elle siège le plus souvent au niveau de la branche montante, et donne lieu à des abcès qui ne tardent pas à se fistuliser. Elle s'accompagne alors d'autres lésions osseuses multiples et quelquefois de lésions pulmonaires.

Les gommes syphilitiques s'observent d'une façon toute particulière au niveau de la voûte palatine, où elles ne tardent pas à être l'origine de perforations, ou bien aux branches montantes.

Elles s'accompagnent fréquemment d'autres affections syphilitiques telles que : exostoses, ulcérations nasales, plaques muqueuses buccales, etc. et se résolvent vite sous l'influence d'un traitement approprié.

Enfin les cancers surviennent au voisinage de la cinquantaine. Leur évolution est rapide. Ils s'accompagnent dès le début d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et d'un mauvais état général. Ils s'ulcèrent de bonne heure. L'ulcération cancéreuse, une fois constituée, est toute différente de celle du sarcome.

En effet, ses bords ne sont pas décollés, et usés pour

ainsi dire par les bourgeons sous-jacents comme dans le sarcome.

Au contraire, ils se continuent directement avec le fond de la perte de substance.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Le pronostic des sarcomes du maxillaire supérieur, en règle générale, est très grave, souvent fatal. Les cas favorables sont rares. Cela tient à des conditions multiples que nous allons essayer d'analyser.

La nature histologique de la tumeur joue en premier lieu un rôle très important, c'est ainsi que l'on considère comme relativement bénins les sarcomes myéloïdes ou tumeurs à myéloplaxes. Lents dans leur évolution, ils ne provoquent pas d'ordinaire l'engorgement des groupes ganglionnaires correspondants. Il est rare qu'ils récidivent après extirpation. On ne les voit que rarement se généraliser. Cependant on trouve des exceptions à cette règle. Dans le rapport de Terrillon et de Betz à la *Société anatomique*, en mars 1872, nous trouvons, par exemple, le cas d'une femme qui avait subi longtemps auparavant une résection du maxillaire inférieur pour une tumeur à myéloplaxes, et dont le maxillaire supérieur était aussi atteint d'une affection semblable. Il ne s'était pas écoulé trois ans, que la malheureuse se fracturait spontanément l'humérus et le tibia.

A l'autopsie on ne constatait pas de récidive. Loin de là, puisque le maxillaire supérieur était en partie atrophié.

Mais tout le squelette était parsemé de foyers d'ostéo-sarcome à myéloplaxes.

L'observation n° 1 de notre thèse relate le cas d'un sarcome à myéloplaxes atteint de récidive, mais non de généralisation.

Malgré ces exceptions il est incontestable que le sarcome encéphaloïde et que les sarcomes fasciculés sont plus graves. C'est ainsi qu'Estlander (1), dans son fameux travail de 1879, ne donne guère plus d'un an de survie en moyenne à un malade qui ne se fait pas opérer dans des cas semblables.

D'autre part, il aurait vu dix fois la récidive sur douze opérations.

La malignité de la tumeur serait aussi proportionnelle à l'âge. Plus le malade serait vieux, plus l'issue fatale serait à craindre. Cela, tout d'abord, parce que les gens âgés ont la variété anatomo-pathologique la plus mauvaise : l'encéphaloïde, et puis parce que leur terrain se prêterait à une évolution maligne de toutes les sarcomatoses.

Chez les tout jeunes enfants, le sarcome évolue, comme chez les vieillards, à une terminaison rapidement fatale, c'est-à-dire à courte échéance.

Quand on voit un ostéo-sarcome se développer rapidement, il faut aussi se méfier ; on aura les plus grandes difficultés à l'enrayer.

Enfin, au nombre des heureux présages pour l'avenir, nous comptons la précocité de l'intervention. Parmi les nombreuses observations que nous avons compulsées, les

(1) Estlander, *Nordiskt med.*, 1879.

longues survies se rencontraient, la plupart du temps, chez ceux qui avaient été opérés hâtivement. De simples épulis sarcomateuses myéloïdes qui, au contraire, avaient négligé de se faire traiter, arrivaient parfois à des issues funestes : témoin cette pauvre jeune fille actuellement dans le service de M. Jalaguier et dont nous rapportons l'observation.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle).

Ostéo-sarcome du corps du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale.

Durant notre séjour comme externe à l'hôpital Necker il nous fut donné d'observer le cas suivant :

Le nommé B..., âgé de 42 ans, entre le 20 décembre 1898 à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 25, pour une tumeur de la joue gauche. Il est adressé à M. le professeur Le Dentu par le Dr Castex qui a fait le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de cause inconnue ou tout au moins mal déterminée.

Cependant la mère toussait beaucoup, paraît-il.

Deux frères bien portants.

Le malade est marié, et a une femme également bien portante, deux enfants dont l'un a une bonne santé, mais dont l'autre est très délicat.

Antécédents personnels. — Etant tout jeune enfant, le malade a eu plusieurs fièvres dont il ne se rappelle pas le nom.

Vers l'âge de 10 ou 12 ans il a été soigné comme rachitique.

Jamais il n'a toussé.

Jamais il n'a présenté de traces de syphilis.

Jamais il n'a eu mal aux dents, quoiqu'à partir de l'âge de 30 ans, il ait constaté que plusieurs de ses grosses molaires étaient gâtées, surtout du côté de sa mâchoire supérieure et à gauche.

Débuts de la maladie actuelle. — Il y a trois ans, le malade qui

jusque-là n'avait eu aucune prédisposition aux épistaxis, s'aperçut qu'il saignait très facilement du nez.

Il suffisait, dit-il, qu'il baisse un peu la tête, ou qu'il fasse un léger effort, en se mouchant, par exemple, pour que le sang s'écoulât aussitôt en assez grande abondance par la narine gauche.

Toutefois le malade ne prit d'abord pas garde à ces épistaxis, et quoique par moment il se trouvât un peu épuisé, il persista à travailler et dédaigna de consulter le médecin.

Mais au bout de six mois apparurent deux autres symptômes qui cette fois commencèrent à inquiéter un peu le patient : ce furent d'une part la surdité de plus en plus marquée du côté de l'oreille gauche, et d'autre part l'impossibilité de respirer par la narine gauche qui saignait toujours très facilement.

Le malade se décida alors à consulter le médecin de son quartier, qui le rassura complètement, en lui disant qu'il avait quelques petits polypes dans le nez ; mais que ces polypes étaient insignifiants et qu'il était inutile de les faire enlever. Le médecin prescrivit simplement des douches nasales d'eau boriquée, et promit que grâce à ce traitement,les narines se désobstrueraient vite, en même temps que la santé reparaîtrait.

B..., confiant, suivit scrupuleusement le traitement indiqué. Malheureusement celui-ci n'amena aucune amélioration ; et après avoir patienté six mois, notre malade, sur le conseil de quelques-uns de ses amis, se décida à aller consulter à une clinique de la rue Antoine Dubois. On s'occupait exclusivement, paraît-il, dans cette clinique de maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Quoi qu'il en soit le médecin spécialiste examina longuement le patient, et conclut finalement à l'existence de polypes nasaux. Ces polypes, disait-il, remplissaient complètement la narine gauche, d'où gêne respiratoire, et recouvraient l'orifice de la trompe d'Eustache gauche, d'où la surdité de ce côté.

Après avoir obtenu le consentement du malade, le médecin procéda séance tenante à l'extraction des polypes. Il anesthésia d'abord la muqueuse pituitaire avec des tampons d'ouate imbibés d'une solution de chlorhydrate de cocaïne,puis à l'aide d'une pince recour-

bée, il arracha en tordant, cinq ou six masses charnues de la grosseur chacune d'un petit pois. Cette opération fut faite rapidement et sans grande douleur, mais une hémorrhagie assez abondante se déclara, et pour l'arrêter l'opérateur fut obligé de pratiquer le tamponnement des fosses nasales.

Les jours suivants, B... se sentit soulagé ; il respirait maintenant très facilement par la narine gauche, et il se serait même cru définitivement guéri, disait-il, si sa surdité avait disparu ; mais celle-ci persistait malheureusement toujours.

Le soulagement fut d'ailleurs de courte durée. Au bout d'un mois, en effet, la narine gauche s'obstruait de nouveau, et la respiration devenait difficile de ce côté, en même temps que les épistaxis réapparaissaient presqu'aussi fréquemment qu'autrefois. Au bout de quatre mois, tout le bénéfice de l'opération semblait perdu.

Mais à ce moment, l'attention du malade fut attirée par un autre détail. Un peu au-dessous de son œil gauche, apparaissait en effet une petite tumeur qui grossissait chaque jour un peu, et qui semblait se développer surtout dans le sens vertical. Comme cette tumeur était molle et un peu douloureuse, et comme d'autre part deux de ses molaires supérieures gauches étaient gâtées, B... pensa qu'il s'agissait d'un abcès dentaire et alla consulter un dentiste.

Ce dernier examina la bouche du malade et constata que non seulement les deux molaires incriminées étaient bien cariées, mais encore qu'à leur niveau le bord alvéolaire était très épaissi et paraissait enflammé. Il fit alors le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire et parla de sinusite. Comme une seule dent était réellement bien gâtée, le dentiste se contenta d'extraire cette dent, et conseilla au malade qui insistait pour se faire enlever l'autre, d'attendre encore quelque temps.

Les jours suivants il se produisit à la place de la dent extraite un écoulement assez abondant d'un liquide à la fois purulent et sanguinolent, infect. Le malade se sentit très soulagé et constata, paraît-il, que sa tumeur sous-orbitaire avait un peu diminué.

Malheureusement, au bout de trois semaines, cette fistule était complètement fermée, et alors B... éprouva de nouveau une douleur

légère sans doute, mais sourde et continue au niveau de sa tumeur de la joue, qui recommença à grossir.

Comme le dentiste lui avait dit qu'il avait deux dents cariées et qu'il n'avait enlevé que la plus malade, notre patient pensa que celle qui restait suffisait pour déterminer les accidents dont il souffrait, et il se la fit extraire un mois après la première.

Cette seconde extraction donna également lieu à la production d'une fistule qui amena une amélioration passagère, mais qui comme la précédente se ferma à peu près au bout de trois semaines.

A partir de cette époque B... perdit absolument patience. Il alla consulter successivement dans cinq ou six cliniques spéciales différentes, où on le traita presque toujours pour une sinusite ; mais sans grand soulagement, sauf, dit-il, pour son porte-monnaie.

Enfin au mois de novembre dernier, sur le conseil d'un de ses amis, le malade alla à la clinique du Dr Castex, qui, après l'avoir observé pendant une quinzaine de jours, l'adressa au professeur Le Dentu avec le diagnostic de sarcome du maxillaire supérieur.

Examen à l'entrée à l'hôpital, le 20 décembre 1898.

Inspection. — On constate, au niveau de la joue gauche, l'existence d'une tumeur ovoïde à grand axe vertical, qui mesure environ quatre centimètres dans son plus grand diamètre et deux centimètres dans son diamètre transversal.

En haut, cette tumeur commence environ à deux centimètres au-dessous de l'angle de l'œil. A son niveau la peau présente un aspect absolument normal, et n'est pas sillonnée par des veines dilatées.

La narine gauche est beaucoup plus élargie dans le sens transversal que la narine droite.

Elle est à peu près bouchée par des petites masses charnues exubérantes que l'on aperçoit assez profondément situées. Le malade ne peut donc presque pas respirer par cette narine, et quand il se mouche en faisant effort de ce côté, il détermine l'écoulement d'un liquide muco-purulent infect, souvent strié de sang.

Il avait autrefois de temps à autre, comme nous l'avons déjà dit,

de fréquentes épistaxis ; mais actuellement, dit-il, il n'en a plus du tout.

Il n'entend presque plus de l'oreille gauche.

Il y a un peu d'exophtalmie de l'œil gauche ; mais la vue n'est presque pas affaiblie de ce côté. Pas de diplopie. Un peu d'épiphora.

Si l'on fait ouvrir la bouche au malade on constate que la voûte palatine a une forme ogivale, mais est symétrique. Cette asymétrie tient à ce que le rebord alvéolaire supérieur du côté gauche est très augmenté de volume. Au lieu de mesurer seulement un centimètre dans le sens transversal comme le rebord alvéolaire droit, il mesure surtout au niveau de la région des grosses molaires plus de deux centimètres de largeur.

Les dents qui restent sont absolument saines, il n'y a plus trace de fistule au niveau de celles qui ont été enlevées.

La muqueuse buccale ne présente pas de lésions notables ; peut-être cependant sa coloration est-elle un peu plus foncée au niveau du rebord alvéolaire du côté gauche.

Pas de tuméfaction ganglionnaire appréciable au niveau de la région sus-hyoïdienne.

Palpation. — La tumeur de la joue qui, comme nous l'avons déjà dit, est depuis qu'elle existe le siège d'une douleur légère, mais sourde et continue, est simplement sensible à la pression. Elle est nettement pseudo-fluctuante sur toute son étendue. Elle semble avoir perforé le maxillaire supérieur pour venir faire saillie sous la peau, car autour d'elle on détermine facilement par la palpation le pourtour d'un orifice osseux.

La peau de la joue est absolument souple et mobile sur la tumeur.

Du côté de la bouche, le rebord alvéolaire supérieur gauche est très dur dans toute son étendue, sauf au niveau de la première molaire gauche où il semble un peu ramolli.

L'exploration par le toucher de l'arrière-cavité des fosses nasales, permet de constater l'existence de végétations molles, facilement saignantes, au niveau de l'ouverture postérieure de la fosse nasale gauche.

Nous avons dit que l'inspection ne révélait pas de tuméfaction ganglionnaire au niveau de la région sus-hyoïdienne. Cependant en palpant soigneusement la région sous-maxillaire gauche, on constate l'existence de deux ou trois petits ganglions qui roulent sous le doigt. Il est vrai qu'il en existe autant au niveau de la région sous-maxillaire droite. On ne peut donc attribuer aucune importance à ce détail.

Bien que le malade ait, dit-il, un peu maigri depuis un an, son état général est resté très satisfaisant, il n'a pas senti ses forces baisser et n'a jamais cessé de travailler.

Rien de particulier à signaler du côté des différents organes.

Malgré l'état général satisfaisant, malgré l'absence d'engorgement ganglionnaire net, malgré enfin la lente évolution de l'affection, le professeur Le Dentu ne partage pas d'une façon absolue la manière de voir de M. le Dr Castex qui affirme un sarcome du maxillaire supérieur, et fait à cause de l'âge des réserves pour le cancer. Quoi qu'il en soit, il décide de faire la résection totale du maxillaire supérieur.

Opération. — 24 décembre 1898.

Chloroforme. M. le professeur Le Dentu commence au niveau de la partie interne du bord inférieur de l'orbite une incision profonde verticale, qui rase l'aile du nez ; puis le contourne, se dirige transversalement jusqu'à la cloison, et redescend verticalement en fendant la lèvre supérieure.

Du commencement de cette première incision, l'opérateur en fait partir une seconde qui, sous-orbitaire, à peu près horizontale se porte en dehors jusque sur le milieu de la face externe de l'os malaire.

Le lambeau génien est alors rapidement disséqué au bistouri en bas jusqu'au bord alvéolaire supérieur gauche, en arrière jusque derrière la tubérosité maxillaire, et jusqu'au milieu de l'os malaire.

Les vaisseaux et nerfs sous-orbitaires sont coupés à leur sortie du trou sous-orbitaire.

Le périoste orbitaire est ensuite soigneusement décollé de la face

inférieure de l'orbite, de la branche montante du maxillaire supérieur et de la portion verticale de l'os malaire ; puis la masse charnue orbitaire est relevée en haut à l'aide d'un large écarteur engagé sous elle.

Il est maintenant facile d'introduire une scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire, et de procéder au sciage de l'os malaire.

Immédiatement après on sectionne à la cisaille la branche montante du maxillaire supérieur.

A ce moment, on met la tête du malade dans la position de Rose ; puis la bouche étant largement ouverte, on désinsère au bistouri et par une incision transversale, le voile du palais de la partie gauche de la voûte osseuse.

La muqueuse buccale est ensuite divisée à fond sur la ligne médiane depuis l'incision transversale jusqu'aux incisives médianes. Celles-ci étant alors enlevées avec un davier, on tranche avec la cisaille de Liston toute la voûte palatine osseuse, exactement dans le plan médian.

Aussitôt on introduit la cisaille coudée derrière la grosse tubérosité du maxillaire supérieur, qui est ainsi libéré par section.

A ce moment, le maxillaire supérieur est saisi dans le sens vertical avec le davier de Farabeuf, puis les vaisseaux et nerfs sous-orbitaires étant sectionnés au niveau de leur entrée dans le canal sous-orbitaire, il est facilement arraché par un mouvement d'abaissement et de torsion.

La vaste cavité formée par l'ablation de cet os est alors soigneusement curettée et cautérisée au thermocautère, puis tamponnée fermement à la gaze iodoformée. Les lèvres de la plaie cutanée sont suturées avec des crins de Florence.

Durée totale de l'opération : un peu plus d'une demi-heure.

Le malade a perdu beaucoup de sang ; cependant il n'est pas trop affaibli et on juge inutile de lui faire une injection de sérum.

Suites opératoires parfaites. — Jamais de fièvre. Le premier pansement est fait cinq jours après l'opération.

Le deuxième pansement est fait le dixième jour, et ce même jour on retire les fils.

Le malade sort de l'hôpital au bout de trois semaines et vient se faire panser jusqu'à la fin de janvier.

A ce moment M. Gillard, dentiste, lui fait un excellent appareil prothétique qui non seulement ferme la voûte palatine et rétablit le rebord alvéolaire gauche, mais encore soutient la joue au moyen d'une boule de caoutchouc creuse placée sur la face supérieure du dentier.

Cet appareil s'enlève et se nettoie très facilement.

Nous avons revu le malade à la fin de mars 1899 ; il allait aussi bien que possible et avait repris son travail.

Examen de la pièce enlevée. — La face externe du maxillaire supérieur est perforée par une masse molle, de coloration gris rougeâtre, qui s'étend surtout dans le sens vertical, et qui mesure environ quatre centimètres de hauteur sur deux de largeur.

Le sinus maxillaire est absolument rempli de végétations analogues, qui tapissent également la face interne de l'os. Celui-ci est très déformé dans son ensemble, sauf au niveau de son rebord alvéolaire qui est très élargi.

L'examen histologique, fait au laboratoire du service, a démontré qu'il s'agissait nettement d'un sarcome myéloïde.

Le 3 janvier 1901, il nous était donné de voir le même malade à la clinique de M. Panas à l'Hôtel-Dieu. Depuis la dernière opération, il avait eu une vie très supportable.

Actuellement il venait parce que son œil gauche se trouvait exophtalme, et que son acuité visuelle était très affaiblie, toujours à gauche.

En dehors de cela, il présentait une petite saillie surtout sensible à la palpation au niveau de l'os malaire du même côté. Presque pas de douleurs.

M. Terrien le renvoya à M. Le Dentu, et dans le service de ce dernier nous pûmes constater de plus, qu'au-dessous de l'œil gauche, au niveau du plancher de l'orbite, il existait une bosselure

assez dure qui correspondait à la partie antérieure de la tumeur.

Par l'exploration de la bouche on sentait la tumeur ayant récidivé, à l'ancienne place du sinus maxillaire. Il n'y avait pas d'hémorrhagies, pas de propagation du côté des fosses nasales, pas de troubles de la respiration ou de la déglutition.

D'après la disposition anatomique de la région on était en droit de conclure que, lors de la première intervention, la section avait dû être faite vers la partie moyenne du rebord orbitaire et que toute la partie externe du plancher de l'orbite avait été laissée.

IIe Opération. — 11 janvier 1901.

Incision en V suivant le rebord inférieur de l'orbite avec un petit débridement interne. Section de l'arcade zygomatique avec la scie à chaîne, et du rebord orbitaire externe à la cisaille. La portion restée en place du plancher de l'orbite est réséquée au moyen de la pince coupante.

Une fois la section osseuse faite, décortication de la tumeur dont certaines parties restent adhérentes au ptérygoïde et aux muscles de la région ; ces portions sont excisées au ciseau. Cautérisation au thermocautère ; 2 pinces laissées à demeure ; suture de la plaie dans l'angle de laquelle sortent les pinces ; tamponnement par la bouche, sont les manœuvres complémentaires.

Suites. — Dans l'après-midi, hémorrhagie peu abondante qui s'arrête d'elle-même.

Les pinces sont retirées le 3e jour. Le tamponnement est changé le 4e. A cette date la plaie est en bon état, pas de température.

Observation II (Personnelle).

Epulis sarcomateuse du maxillaire supérieur gauche ayant envahi la totalité de l'os en un an et demi. — Résection totale.

E. F..., servante de ferme, de Nevers, âgée de 17 ans, entre dans le service de M. le Dr Jalaguier, le 2 janvier 1901, pour une tumeur de la joue gauche datant d'un an et demi.

Il s'agit d'une enfant assistée, c'est pourquoi malgré son âge de dix-sept ans elle fut admise dans le service de M. le Dr Jalaguier.

Antécédents héréditaires inconnus, l'enfant ayant été abandonnée dès sa naissance.

Antécédents personnels absolument nuls. La malade prétend n'avoir jamais eu d'autre affection que celle pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

Début. — E. F... s'est, dit-elle, aperçue au mois de septembre 1899, qu'elle avait suivant son expression *un petit bouton de la grosseur d'un petit pois* sur le côté gauche de la gencive supérieure. Elle ne s'en préoccupa d'abord pas. Au bout de quatre mois cependant, la petite grosseur avait paraît-il les dimensions d'une noisette. Cette fois, la patiente va consulter un médecin, bien résolue à se soigner. Malheureusement le docteur consulté affirma : que grâce à des pommades, la tuméfaction disparaîtrait complètement au bout d'un temps variable. Rassurée E. F... s'en retourna à sa ferme et pendant un an se frictionna la joue avec des liniments variés, dans l'espoir de guérir.

Cependant la tumeur loin de diminuer augmentait, au contraire, d'une façon continuelle, si bien qu'au mois de décembre dernier, fatiguée du long et inutile traitement qu'elle suivait, elle se décida à consulter un nouveau médecin de Nevers. Cette fois elle eut la chance de s'adresser à un docteur expérimenté, qui, après l'avoir mise au courant de sa situation réelle, lui conseilla d'aller se faire opérer à l'hospice des Enfants assistés.

Examen à l'entrée. — La joue gauche, uniformément tuméfiée, est arrondie et soulevée par une tumeur plus allongée dans le sens transversal que dans le sens vertical. Si l'on soulève la lèvre supérieure on constate que le néoplasme occupe tout le bord alvéolaire gauche et s'étend depuis la deuxième incisive en avant, jusqu'à la dernière molaire en arrière. Elle présente une coloration rouge, et elle est arrondie, même multilobulée. La voûte palatine du côté malade n'est pas affaissée, et la rhinoscopie antérieure et postérieure permet de constater que les fosses nasales sont parfaitement perméables. La joue est mobile sur le néoplasme, mais celui-ci adhère intimement au plan profond. La consistance est assez ferme dans toute l'étendue de la tumeur.

Le signe de Heryng n'a pas été recherché.

Les symptômes fonctionnels sont très peu accusés. Il y a simplement un léger trouble de la mastication. L'odorat, l'ouïe, la vision sont intacts. Il y a un peu d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire ; mais cet engorgement n'a que peu d'importance, car il n'est pas accusé et se trouve bilatéral.

L'état général est parfait. On décide l'opération le 7 janvier 1901.

La malade étant chloroformée et la région opératoire bien nettoyée, garnie de compresses stérilisées, M. le Dr Jalaguier pratique tout d'abord une incision horizontale partant du milieu de l'os malaire et se dirigeant en dedans jusque sur la branche montante du maxillaire supérieur, en rasant l'orbite. Ensuite une deuxième incision est pratiquée et s'étend depuis l'extrémité interne de la précédente jusqu'à l'aile du nez, en suivant le sillon naso-génien. Le lambeau est alors décollé de haut en bas, l'hémostase soigneusement faite, et le périoste orbitaire détaché. Au moyen du ciseau, on sectionne la branche montante du maxillaire supérieur. Grâce à la scie à chaîne introduite dans la fente sphéno-maxillaire, on sépare le maxillaire supérieur de l'os malaire.

Ensuite on détache soigneusement la fibro-muqueuse palatine depuis le rebord alvéolaire du maxillaire malade jusqu'au voisinage de la ligne médiane, grâce à une incision longeant l'arcade dentaire. On revient alors à l'incision verticale suivant le sillon naso-génien. On continue cette incision en contournant horizontalement les narines jusqu'au niveau de la ligne médiane, où l'on incise de nouveau dans le sens vertical. Tout le lambeau est alors rejeté complètement en dehors et l'on achève de libérer le maxillaire supérieur en le sectionnant au ciseau d'avant en arrière, sur la ligne médiane, au niveau de la voûte palatine. Tout le maxillaire supérieur malade est alors enlevé en deux tronçons, et la cavité béante est tamponnée momentanément, à la gaze stérilisée. On suture au catgut la fibro-muqueuse palatine à la muqueuse labiale de façon à ne laisser qu'un orifice, à la partie antérieure. On enlève alors la mèche stérilisée et on la remplace par une mèche iodoformée, dont l'extré-

mité sort par l'orifice palatin laissé libre. Suture cutanée au crin de Florence.

Suites opératoires parfaites.

La mèche est enlevée au bout de quarante-huit heures, et la cavité lavée deux fois par jour. Crins enlevés au bout de quatre jours.

Vers le 15e jour la malade contracte la grippe. Mais sa plaie va parfaitement, et la cicatrice n'est déjà presque plus visible.

Observation III. — (Lerouge, Communication à la *Société anatomo-clinique de Lille.— Journal des sciences médicales de Lille*, 17 février 1900, p. 154-157. — Duret, *idem*, 159-160).

Sarcome encéphaloïde du maxillaire supérieur, développé au niveau d'une dent en ectopie chez un enfant.

Le 21 juillet 1899, entrait à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret, un enfant de 9 ans, Emile D..., ayant été élevé au sein et ne présentant aucune tare de rachitisme ou autre, aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire.

Il y a trois mois, l'enfant se plaignait d'avoir « le nez bouché » ; il ne pouvait respirer du côté gauche. Survenaient alors quelques épistaxis. Peu à peu le côté gauche de la face se gonflait, se tuméfiait, l'œil devenait très saillant et la situation allait s'aggravant.

Lors de son entrée à l'hôpital, on constate que la face est élargie, elle présente une saillie à la région malaire. L'œil est rejeté en haut, comme chassé de l'orbite ; cependant la vision reste bonne, nullement modifiée. L'arcade dentaire est un peu abaissée à gauche. Dans la narine gauche, on voit une masse rougeâtre et de consistance ferme, qui obstrue complètement l'orifice. Il n'y a rien dans le naso-pharynx, rien à la voûte palatine, l'ensemble est tout à fait indolore ; il n'existe pas d'autre trouble et les épistaxis du début n'ont pas reparu.

La rapidité du développement fait penser à une tumeur maligne, et de préférence à un sarcome, eu égard à l'âge du sujet ; sarcome qui se serait développé aux dépens du maxillaire supérieur et ayant tendance à refouler cet os en bas et en dehors, et en même temps

à soulever le plancher orbitaire d'arrière en avant et de bas en haut.

Le diagnostic fut donc : sarcome du maxillaire supérieur, développé probablement au niveau du sinus. Dans l'ignorance où l'on se trouvait, que la tumeur fût limitée ou diffuse, il y avait tout intérêt à pratiquer la résection du maxillaire supérieur. On s'efforcerait de conserver l'œil gauche et de ménager l'orifice buccal.

Opération. — 24 juillet 1899.

M. le professeur Duret pratique une incision, laquelle partant du milieu de la lèvre supérieure monte en traçant un Z, sous le nez, le long de l'aile gauche du nez et se termine sur le rebord orbitaire inférieur. C'est l'incision classique de Liston.

Le chirurgien forme ainsi deux volets qui découvrent tout le maxillaire supérieur gauche. On gratte à la rugine la surface de l'os et on le résèque à coups de pince de Liston, on tombe ainsi dans le sinus.

Là on trouve une dent incomplète qui est le centre, le noyau d'une production néoplasique absolument diffuse qui envahit tout, même le plancher de l'orbite, et qui est surtout abondante à la face inférieure du globe oculaire ; néanmoins, la masse n'engaîne pas complètement celle-ci.

Pour éviter autant que possible toute récidive, on est cependant forcé d'énucléer l'œil après ablation du plancher de l'orbite ; on enlève à la curette et à la gouge les masses néoplasiques qui restent dans la cavité formée par le toit orbitaire, la voûte palatine qu'on a conservée, la cloison de la fosse nasale gauche et le pharynx. Enfin on lave et on referme le tout.

En octobre cet enfant rentre dans le service de M. le professeur Duret, avec une récidive emplissant la région du sinus et venant distendre, refouler même la paupière inférieure. Dans une deuxième opération M. Duret enleva une partie de la voûte palatine, qu'il avait respectée la première fois. Les os du nez furent ruginés mais laissés en place. Enfin du côté de l'orbite, il réséqua une portion du frontal dans la région du sinus, une semaine après cette nouvelle opération l'enfant quittait l'hôpital dans d'excellentes conditions. Depuis on n'a plus eu de ses nouvelles.

Observation IV. — (Arnal, Th. Paris, 1880).

Tumeur à myéloplaxes du maxillaire supérieur. — Ablation et guérison.

François P..., âgé de 32 ans, a commencé à souffrir légèrement de la joue gauche au mois de septembre 1873. A ce moment il a remarqué au niveau de la fosse canine, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située profondément sous la peau. Bientôt l'obstruction de la fosse nasale gauche est devenue complète, et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes, qui revenaient par accès. A ce moment un médecin consulté croit avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire et fait une large incision qui donne issue à un liquide sanguinolent fétide.

Mais la tumeur de la joue continue à grossir, et les souffrances ne se calment pas.

15 *février* 1874. — La tumeur est grosse comme un œuf de poule.

12 *mai* 1874. — Le malade accepte l'opération. Celle-ci est faite par M. le Dr Ch. Hardy. On a choisi le procédé de Velpeau. L'opération n'a présenté aucune particularité. L'hémorrhagie a été très abondante et facile à arrêter. La section des os a été pratiquée avec les cisailles de Liston. Réunion de la plaie au moyen de 8 points de suture entortillée.

Suites opératoires parfaites.

Le malade, revu le 25 août 1874, allait très bien. Malheureusement il n'a pas été revu depuis. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un sarcome myéloïde.

Observation V. — (Arnal, Th. Paris, 1880).

E. D..., 18 ans, né à Gaëte (Italie), entre à l'hôpital St-Eloi de Montpellier le 8 mars 1878.

Tempérament sanguin, constitution bonne, complexion vigoureuse. D... n'a jamais été malade.

Pas d'antécédents héréditaires.

Son père à qui l'on demande des renseignements attribue l'ori-

gine du mal à un traumatisme et dit qu'il y a environ 4 mois, son fils qui était en haut d'un mât, fit une chute, tombant d'abord sur les pieds, puis se renversant en arrière, la nuque frappant contre le sol. Cette chute n'eut pas de suite immédiate, elle n'amena pas même de perte de connaissance.

Néanmoins, un mois après environ, une petite tumeur apparut à l'angle interne de l'œil gauche. Impossible d'en connaître les caractères. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment la région sous-orbitaire grossit peu à peu ; le nez se dévia à droite, une exophtalmie notable se produisit. Pas de phénomène douloureux. Mais le mal faisant tous les jours de rapides progrès, D... entre à l'hôpital.

A son arrivée il présente à la région sous-orbitaire gauche une tuméfaction considérable, s'étendant de la paupière inférieure jusqu'au rebord dentaire du maxillaire et de l'angle interne de l'œil à la région malaire. Le sillon naso-génien n'existait plus. Le nez est déjeté à droite, le globe oculaire projeté en avant en haut et en dehors.

La paupière inférieure est tuméfiée. La vue est conservée. La peau a gardé sa couleur normale. Le rebord alvéolaire, la voûte palatine ne présentent rien de particulier. Au toucher la région malade est indurée. Pas de douleurs, seulement un peu de gêne. Le voile du palais et l'arrière-gorge ne présentent rien de particulier ; narines libres. Etat général excellent. Pas de ganglions indurés.

Le malade est à l'hôpital depuis quelques jours à peine, sa tumeur a fait des progrès alarmants. Elle s'est étendue vers le plancher de l'orbite, comme le prouvent des douleurs lancinantes qui tous les soirs deviennent plus intenses, l'exophtalmie qui s'est accrue d'une manière notable, un chémosis qui a pris des proportions considérables.

La vision n'a pas pourtant diminué.

La pression du globe oculaire est douloureuse et fait disparaître l'exorbitisme. Etat général excellent.

En présence de ces progrès rapides, M. Grynfellt se décide à tenter une opération le 14 avril 1878.

L'opération, pratiquée sans chloroforme préalable, a été supportée

par le patient d'une manière héroïque. Ponction préalable avec un trocart dans l'antre d'Higmore pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à une tumeur liquide. Pour la section des parties molles, M. Gryn-fellt combine les procédés de Nélaton et Maisonneuve.

Le lambeau disséqué,on voit qu'il est infiltré de lymphe plastique, lardacé. Les muscles sont décolorés. Dans l'impossibilité de placer la scie à chaîne pour diviser le pont jugo-maxillaire, on fut dans la nécessité de faire usage de la gouge et du maillet.

Le maxillaire enlevé on constate que la tumeur a envahi la fosse ptérygoïde. On se contente d'une forte cautérisation.

Le malade passe bien la soirée. Pas de fièvre. La nuit il dort un peu.

20 avril. — On enlève les aiguilles. Lavage à l'eau phéniquée.

21. — Un peu de fièvre. Œil œdématié.

22. — Les productions néoplasiques tendent à combler la cavité produite par l'opération.

L'exophtalmie augmente ainsi que la déviation du nez.

26. -- L'espace laissé vide par le maxillaire est rempli par les proliférations néoplasiques.

A partir de ce jour la tumeur prend des proportions effrayantes.

Les douleurs lancinantes se produisent d'abord le soir, deviennent continues. Vers la fin de mai la tumeur a envahi toute la joue, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, le gonflement arrive à la clavicule.

Dans les premiers jours de juin la tumeur sphacélée tombe en lambeaux, laissant à sa place une cavité infundibuliforme pouvant loger le poing.

Les douleurs deviennent horribles le jour et la nuit. Une odeur repoussante s'exhale de la plaie. Le malade meurt le 26 juin dans le marasme le plus complet.

Observation VI. — (Ch. Guillaume, Th., 5 avril 1875).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Survie inconnue.

Cr... François, 32 ans, de constitution vigoureuse, d'un tempé-

rament lymphatique sanguin, n'a jamais été malade. Pas d'antécédents syphilitiques. En septembre 1873, sans causes connues, il a été pris d'une gêne du côté des fosses nasales,qu'il a attribuée à un rhume de cerveau. Cette gêne a augmenté et il a remarqué dans l'épaisseur de la joue gauche, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur du volume d'une noisette située profondément en dehors de la peau. Cette tumeur n'était pas douloureuse au toucher, elle s'est développée assez rapidement et est venue faire saillie à l'extérieur.

A partir de ce moment l'obstruction de la fosse nasale est devenue complète et le malade a commencé à éprouver des douleurs de plus en plus violentes, qui revenaient par accès.

Il a consulté un médecin qui,croyant avoir affaire à un abcès du sinus maxillaire,a ouvert cette cavité au moyen d'une large incision faite entre la joue et les gencives des deux premières molaires. Cette ouverture a donné issue à une assez grande quantité de liquide fétide ; le malade a été soulagé, mais la tumeur de la joue n'a pas été modifiée ; on a pratiqué des injections d'eau alcoolisée dans la cavité des sinus ; ces injections revenaient facilement par le nez et par la bouche, on les a continuées pendant deux mois : les douleurs n'ont pas cessé ; au contraire, elles sont devenues extrêmement vives et se sont propagées à la tempe et à la région frontale ; elles présentaient deux types bien distincts : les unes passagères et subites sont comparées par le malade à des coups d'aiguille et à des secousses électriques. Elles avaient leur siège dans la tumeur ; les autres s'irradiaient dans tout le côté gauche, suivant le trajet des nerfs, et revenaient par accès surtout la nuit. Elles duraient plusieurs heures. On a administré sans succès le sulfate de quinine, puis la morphine par la méthode endermique.

Les injections alcoolisées ont été remplacées par des injections émollientes et peu à peu les douleurs névralgiques sont devenues moins vives. Pendant deux mois le malade n'a fait aucun traitement.

15 *juin* 1874. — Nous le trouvons dans les conditions suivantes : tout le côté gauche de la face est déformé par une tumeur du volume

d'un œuf de poule, située au-dessous du bord inférieur de l'orbite. La peau qui la recouvre est saine et mobile à sa surface. Cette tumeur est arrondie, dure, élastique. peu douloureuse au toucher, nullement fluctuante. On n'y perçoit aucune crépitation osseuse, elle semble développée au devant du maxillaire supérieur plutôt que dans le sinus. La fosse nasale gauche est le siège d'une tuméfaction qui l'oblitère complètement.

La voûte palatine est déformée ; elle est le siège d'une bosselure circonscrite qui correspond au niveau de la portion horizontale de l'os palatin et qui offre une certaine élasticité sans fluctuation. Rien d'apparent du côté de l'orbite, l'œil n'est pas dévié, la vision n'est pas troublée.

Le malade souffre beaucoup et ses douleurs, plus aiguës la nuit, le privent de sommeil ; elles se propagent suivant le trajet des nerfs sus-orbitaires et temporaux. La tumeur est le siège de douleurs lancinantes. Malgré tous les symptômes qui caractérisent une tumeur solide du maxillaire supérieur, et surtout à cause des antécédents du malade, on pratique une ponction avec un trocart à hydrocèle, qu'on fait pénétrer jusque dans le sinus. Il sort à peu près un demi-verre de sang noir, sans mélange d'aucun liquide. Une autre ponction est faite avec un trocart explorateur introduit dans la fosse nasale et se dirigeant le plus possible du côté du sinus maxillaire ; il s'écoule encore une certaine quantité de sang. En faisant cette ponction on a constaté que l'instrument, après avoir traversé une coque charnue d'une certaine épaisseur, pénétrait dans une cavité libre. Une ponction semblable est faite par la voûte palatine dans le point où il existe de la tuméfaction et l'instrument arrive dans le sinus sans trouver la résistance osseuse. On en conclut que l'os palatin est détruit, que le sinus est vide et que la tumeur est développée sur la paroi antéro externe de cette cavité, qu'elle a pour point de départ le maxillaire qui est déjà altéré en grande partie.

Le malade nous apprend que son père est mort d'un cancer de l'estomac, et qu'un de ses frères a succombé à un cancer de la langue.

On introduisit une sonde en gomme élastique jusque dans le sinus, en se servant de l'ouverture faite par le gros trocart et on injecta une certaine quantité d'eau aromatisée avec de l'alcool de menthe.

En faisant cette injection on a pour but de s'assurer que le sinus maxillaire est libre, et aussi de désinfecter le malade qui exhale par la bouche et les narines une odeur repoussante.

On injecte sous la peau de l'avant-bras six gouttes d'une solution de chlorhydrate de morphine au 20e ; le malade est plus calme, mais la tumeur ne tarde pas à s'enflammer.

La joue devient rouge, la paupière inférieure est tuméfiée. Le Dr Péan qui a examiné le malade avec le Dr Hardy, pense comme lui que la tumeur est un cancer et conseille l'ablation du maxillaire.

Il y a du reste urgence, car la peau de la joue très altérée commence à contracter des adhérences avec la tumeur et menace de s'ulcérer.

Opération. — Pratiquée le 12 mai 1874, par le Dr Hardy assisté de MM. Berrut, de Vachez et Ch. Guillaume.

Procédé de Velpeau. — Section osseuse avec cisailles de Liston. Rien de particulier à signaler, 8 points de suture. L'examen de la tumeur, fait par M. le professeur Laveran, démontre la variété de tumeurs dites sarcome myéloïde.

Suites de l'opération, 15 mai. — Le malade est pris de frissons, nausées, douleurs de tête violentes ; la plaie est douloureuse, la peau de la joue présente au niveau de la suture une plaque érysipélateuse. On donne au malade un lavement purgatif et on recouvre la tumeur avec une pommade au sulfate de fer.

16. — L'érysipèle a gagné la moitié de la face du côté malade, les paupières de l'œil gauche sont tuméfiées et la rougeur gagne le nez et le front. La plaie est peu atteinte : la réunion paraît solide, un peu de suppuration autour des épingles. On enlève deux points de suture. Pendant 8 jours l'érysipèle a parcouru la tête, en disparaissant sur les points primitivement atteints. Il est survenu un abcès

de la paupière inférieure gauche, mais la marche de la cicatrisation n'a pas été troublée.

25. — Le malade peut sortir, il ne souffre plus ; il avale des bouillons et des potages.

Du côté de la bouche, la vaste anfractuosité laissée par l'ablation du maxillaire se remplit et présente un assez bon aspect.

Cependant le bourgeonnement trop rapide nous inquiète et nous faisons des applications de perchlorure de fer pour réprimer les bourgeons charnus. Mais il n'y a bientôt plus de doute ; la tumeur récidive et avec une rapidité telle que le 10 juin elle remplit tout le côté correspondant de la bouche, distend la joue et menace de faire rompre la cicatrice.

M. Hardy n'hésite pas à enlever toute cette masse fongueuse et à pratiquer des cautérisations énergiques avec une solution concentrée de chlorure de zinc. La tumeur se reproduit de nouveau.

Observation VII. — (Lejars, *loc. cit.*).

Sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Mort au bout de deux mois.

X..., âgé de 51 ans, employé du ministère, entre à l'hôpital de la Pitié, le 13 novembre 1895.

Une grosse tumeur occupe la joue gauche, se prolonge en dedans jusqu'à l'angle interne de l'œil et empiète sur le dos du nez ; s'étend en dehors jusqu'à l'origine de l'arcade zygomatique et recouvre tout le malaire. On la sent et on la voit par la bouche, dans le sillon gingivo-labial ; elle enveloppe toute la tubérosité du maxillaire qu'elle ne semble pas pourtant déborder en arrière. La voûte palatine est intacte ; le nez est légèrement dévié à droite, et la narine gauche par laquelle s'écoule du pus mêlé de sang est complètement bouchée. Les larmes coulent à profusion sur la joue, les paupières de l'œil gauche sont à demi-fermées, et la conjonctive dans sa moitié inférieure est le siège d'un épais chémosis. Pourtant l'œil n'est pas saillant, il n'est pas douloureux et l'acuité visuelle est demeurée normale ; l'œdème conjonctival et le soulèvement de la pau-

pière inférieure paraissent tenir plutôt à la compression exercée par la masse néoplasique.

Tout cela date de trois mois à peine. Vers le 10 août 1893, le malade a remarqué la présence d'une petite grosseur à la joue gauche qui très rapidement s'est développée au milieu de fréquentes douleurs névralgiques. Peu après une collection purulente se fait jour dans la bouche, puis les dents de l'arcade supérieure sont arrachées ; et six jours après une abondante hémorrhagie se produit par les alvéoles. Depuis, du sang et du pus s'écoulent souvent en petite quantité par la bouche et le nez. Jamais le malade n'a eu de céphalée ni de perte de connaissance, ni d'accidents cérébraux.

Diagnostic. — Sarcome du maxillaire supérieur.

10 *novembre* 1893. — Résection totale du maxillaire supérieur par M. Lejars.

Mort. — 17 janvier 1894.

A l'autopsie on trouve au-dessus de l'ethmoïde une masse sarcomateuse qui fait corps avec la dure-mère et adhère au cerveau. Traînées de méningite suppurée. Congestion des deux bases des poumons.

Observation VIII. — (Lejars, *Leçons cliniques de la Pitié*, 1893-1894).

Sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale.

X..., âgé de 61 ans, grand et robuste, présente au niveau de la joue gauche une tumeur ovoïde allongée verticalement, arrondie de surface, qui ne déborde guère en dedans le sillon naso-génien, mais qui remonte jusqu'au bord de l'orbite, et refoule en haut la paupière inférieure. La peau est d'aspect et de coloration ordinaires, elle est restée mobile ; au-dessous d'elle la masse néoplasique dure, compacte, légèrement bosselée, s'implante largement sur l'os et fait corps avec lui. Elle remplit toute la fosse canine. Par la bouche où l'on remarque d'abord l'absence de toutes les dents de l'arcade supérieure correspondante, l'on voit se dessiner, au fond du cul-de-sac gingival, l'extrémité inférieure de la tumeur, convexe, épaisse et qui paraît blanchâtre sous la muqueuse distendue.

Quant à la voûte palatine elle ne présente aucune trace de refoulement et conserve sa forme et sa consistance normales. Plus en arrière, derrière le voile, l'œil et le doigt ne découvrent pas non plus de prolongement.

Depuis quelques jours seulement, la respiration ne se fait plus par la narine gauche, et il est fort probable, bien que l'exploration extérieure ne permette pas de s'en rendre compte, que le néoplasme s'y est étendu et l'obture à sa partie profonde. L'épiphora témoigne du reste d'une extension dans ce sens.

Il n'y a pas de troubles oculaires proprement dits, pas d'exophtalmie, pas de douleurs péri-orbitaires : il n'y a ni céphalées, ni aucun accident susceptible de faire craindre un prolongement intra-crânien.

Cette affection a débuté de la façon suivante : il y a deux mois le malade a commencé à ressentir de vives douleurs, des élancements presque continus au niveau des gencives de l'arcade supérieure gauche. Peu à peu il constatait, avec sa langue, dans le cul-de-sac gingival, l'existence d'une tumeur qui le soulevait de plus en plus ; la tumeur ne se montra qu'un peu plus tard à la face dans la fosse canine et remonta rapidement vers l'œil.

Diagnostic. — Sarcome du maxillaire supérieur gauche.

Opération. — Résection totale par M. Lejars. Suites éloignées inconnues.

Observation IX. — Résumée (Terrillon et Betz, *Bull. Soc. anat.*, mars 1872).

Sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche. — Résection partielle. — Trois ans après mort avec généralisation osseuse.

X..., femme âgée de 39 ans, entre dans le service d'A. Guérin pour un sarcome myéloïde du maxillaire supérieur gauche. Elle a été déjà opérée il y a longtemps pour une tumeur analogue du maxillaire inférieur. On lui fait la résection partielle du maxillaire supérieur.

Trois ans après, fracture spontanée du tibia et fracture sponta-

née de l'humérus. La malade ne tarde pas à mourir épuisée, et à l'autopsie on constate que la tumeur du maxillaire supérieur n'a pas récidivé, mais que par contre il existe des tumeurs secondaires dans toute l'étendue du squelette.

Observation X. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire gauche. — Résection totale de cet os et de l'os malaire gauche. — Résection partielle du maxillaire supérieur droit. — Survie d'un an.

Johan Sindfors, 51 ans, paysan de Sainmati, remarque au commencement de février 1873, que les gencives correspondant aux dernières molaires du côté droit, commençaient à s'altérer, et que celles-ci devenaient plus saillantes que les autres. Au mois de novembre la voûte palatine se prit, et à partir du mois de juillet les dents de la mâchoire supérieure tombèrent l'une après l'autre.

Au moment de son entrée à l'hôpital le 10 mars 1874, on trouva au-dessous de l'angle externe de l'œil gauche, une tumeur noueuse ayant le volume de la moitié d'un œuf de poule; la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre, elle lui adhère et est en train de s'ulcérer; on peut faire passer une aiguille à acupuncture sur les limites des os de la face. Dans la bouche que l'on ne peut ouvrir que d'une manière incomplète, on trouve toute l'arcade alvéolaire et l'apophyse palatine du maxillaire supérieur gauche lésées ; une large ulcération correspond à l'endroit où se trouvaient auparavant les molaires; cette ulcération s'étend assez profondément dans l'épaisseur de l'os du côté gauche ; une partie de celui du côté droit est également dégénérée et perméable pour une aiguille à acupuncture ; les dents correspondantes sont mobiles ; la fibro-muqueuse palatine est dégénérée ; le voile du palais est sain, les deux fosses nasales sont rétrécies en bas par suite de la dégénérescence des apophyses palatines ; elles sont saines en haut, rien dans les ganglions du cou. Le malade est faible et anémié ; il a de l'œdème des paupières, mais on ne peut rien trouver dans les viscères.

Aussitôt après son entrée à l'hôpital, le 25 mars, l'opération est

faite et conduite de telle façon que les téguments et les parties molles de la joue gauche sont disséqués pour former deux lambeaux : l'un en avant de la tumeur, nourri par une branche du maxillaire externe ; l'autre en arrière, se continuant avec les téguments de la tempe, et cela dans le but d'obturer la perte de substance produite par l'enlèvement de la tumeur et de la peau qui la recouvre. Le maxillaire supérieur et l'os malaire gauche sont réséqués suivant le procédé habituel : une incision symétrique à la première est faite à partir de l'angle interne de l'œil, et suivant la limite du nez jusqu'au bord libre de la lèvre, dont la moitié restante est détachée de la cloison des fosses nasales ; de sorte qu'un lambeau triangulaire reste adhérent à l'épine nasale antérieure. On détache ensuite l'aile du nez ; on dissèque la muqueuse et les parties molles de la joue jusqu'à l'os au moyen d'une incision qui s'étend de la partie supérieure de l'ouverture pyriforme au trou sous-orbitaire, et jusqu'au-dessous de l'arcade zygomatique ; puis avec la scie à main on enlève dans cette direction un fragment du maxillaire supérieur droit, de telle façon que la plus grande partie du planum facialis, toute l'arcade alvéolaire, et sa portion palatine sont détachées de la partie supérieure : on sépare la cloison des fosses nasales avec le ciseau poussé jusqu'au palatin droit dont la moitié interne reste adhérente au vomer, le ciseau ayant été introduit de dedans en dehors et d'avant en arrière.

La portion du palatin droit persistante, ainsi que l'épine nasale postérieure serviront de point d'appui pour le voile du palais. Par suite de la dégénérescence des deux arcades alvéolaires, leurs parties postérieures sont adhérentes et comme soudées aux apophyses ptérygoïdes dont on est obligé de les détacher. Cette circonstance prolongea de 38 minutes la durée de l'opération qui fut passablement sanglante, grâce au lambeau triangulaire resté attaché à l'épine nasale antérieure. On put renfermer les ailes du nez et fixer les deux moitiés de la lèvre supérieure à la cloison médiane : la perte de substance à la joue gauche a été comblée par un lambeau pris dans la région temporale ; la plaie des téguments se réunit par première intention et la guérison survint sans accident. Au début il y

eut une grande difficulté de la déglutition et l'on dut nourrir le malade avec des aliments liquides ; comme le tissu de cicatrice se rétracta quelque peu, il dut porter un obturateur qui lui rendit de grands services. Cependant il ne pouvait prendre qu'une nourriture peu consistante.

Il sortit guéri le 19 mai 1874. La récidive réapparut au commencement de l'hiver suivant, et il mourut le 26 mars 1875.

Observation XI. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale ; survie d'au moins 8 ans sans récidive. — Guérison peut-être définitive.

Hedwig-Sophie Ap..., 42 ans, veuve d'un homme de peine, avait observé au mois d'octobre 1869 que la dernière molaire de la mâchoire supérieure gauche devenait mobile après avoir été douloureuse pendant un certain temps. Quelques semaines plus tard, une excroissance charnue vint faire saillie à la surface de l'alvéole et augmenta rapidement de volume.

Elle se présente à Estlander au commencement de février 1870. L'état général est excellent ; la partie postérieure de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur est envahie par une tumeur qui part de l'os et le pénètre de telle façon qu'une aiguille à acupuncture introduite à ce niveau, arrive en avant jusqu'au plan facial, en bas et en arrière jusqu'au palais.

L'os tuméfié fait saillie vers les deux cavités ; les deux dernières molaires sont mobiles ; pas de tuméfaction ni de déformation de la face, appréciable à l'œil ; la narine gauche est très perméable. Persuadé que l'arcade alvéolaire était seule lésée, Estlander décida de faire une résection partielle.

8 *février* 1870. — La nature des lésions l'obligea à modifier son procédé. Aussitôt après l'enlèvement de la portion de l'os en question, il trouva l'antre d'Higmore rempli par une masse sarcomateuse.

Ablation de la totalité du maxillaire. Guérison opératoire rapide.

La malade a été revue le 24 octobre 1878 ; tout allait bien à cette époque ; seulement le voile du palais avait été élargi par suite de la rétraction cicatricielle.

Observation XII. — (Estlander. *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Mort au bout de quinze jours de septicémie.

Ab... J-L..., âgé de 63 ans, paysan de Artsjo, est admis à l'hôpital le 12 mai 1869 pour un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. La tumeur fortement végétante, recouvre par son bord saillant la moitié saine du palais ; de sorte que la voûte palatine présente une large ulcération.

Le 13 du même mois, résection de l'os. La plaie guérit assez bien, mais au-dessous de l'angle interne de l'œil, la plaie présentait une solution de continuité. Jusqu'au 26 tout alla bien. Ce jour-là une petite tache rouge se montra sur le bras ; elle augmenta les jours suivants et s'accompagna de tuméfaction.

Mort le 28 au matin.

A l'autopsie on ne trouva que des accidents de septicémie sans métastase dans les poumons.

Observation XIII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Mort un an et demi après l'intervention.

Anna Brita E..., 64 ans, veuve d'un marin de Zalsostad, n'ayant pas d'antécédents héréditaires de cancer, est admise à l'hôpital le 26 juin 1865 pour un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale de l'os malaire le 3 juillet. La patiente sort guérie le 15 septembre suivant. La guérison se maintint pendant un an, mais au mois de septembre 1866 survint une récidive qui enleva la malade le 5 mai 1867.

Observation XIV. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Survie de 8 mois.

Elias L..., 62 ans, paysan de Kyrstkstatt, est admis à l'hôpital le 9 octobre 1867, pour un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. Résection totale le 11 octobre. La plaie est cicatrisée le 11 novembre. Mais bientôt survient une récidive et le malade meurt le 5 juin 1868.

Observation XV. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. — Résection totale. — Survie de 2 ans 1/2.

Maria K..., 33 ans, fille de ferme à Laârijarni, admise à l'hôpital le 9 juin 1868 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure droite. Opérée le 20 du même mois, elle sort guérie le 3 juillet suivant. La guérison se maintient longtemps. La récidive survient malheureusement au bout de deux ans et la malade meurt le 3 janvier 1871. La tumeur avait gagné le cou.

Observation XVI. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Survie de 5 mois.

J. W. J..., 55 ans, paysan de Pornaa, éprouva vers le commencement de l'année 1876 des vertiges et de la pesanteur de tête ; peu après il ressentit de la douleur dans la joue gauche. Bientôt les dernières molaires de ce côté devinrent mobiles, enfin arriva une diplopie très incommode.

A son entrée à l'hôpital, le 13 janvier 1876, il est dans l'état suivant : de corpulence moyenne il est amaigri et a perdu une partie de ses forces. Sur la joue gauche on voit une tumeur qui obture la narine correspondante et refoule en dehors l'œil en grande partie perdu.

Excavation glaucomateuse de la pupille. Ulcérations sur la joue et la voûte palatine. Avec l'extrémité de l'index, on sent que la tumeur obture partiellement le pharynx en haut. Pendant la résection, on trouve qu'elle pénètre profondément dans l'orbite et dans la fosse temporale. On réussit néanmoins à enlever toute la masse et à combler la perte de substance à l'aide d'un lambeau pris dans la région de la tempe. La réunion se fait vite et en grande partie par première intention.

Il quitta l'hôpital guéri en apparence le 23 août. Peu de temps après qu'il fut rentré chez lui, il eut d'abondantes épistaxis et une récidive rapide se fit.

Elle s'accompagna de dysphagie, car la tumeur remplit la bouche et le pharynx. Mort le 25 décembre 1876.

Observation XVII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche. — Résection totale. — Survie de 1 an.

M. P..., 69 ans, de Hansjarvi, reçue à l'hôpital le 15 novembre 1870 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche, développé dans le cours de l'année précédente ; elle fut opérée le même mois et sortit le 22 décembre. La guérison se maintint jusqu'au mois d'avril suivant ; à cette époque, elle eut une tumeur de la mâchoire inférieure du même côté, qui continua de se développer et s'ulcéra de telle sorte que l'os fut mis à nu.

Elle succomba le 12 décembre 1871.

Observation XVIII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Survie de 7 mois.

Maria E..., 30 ans, de Lojmijorlaï, s'aperçut de l'existence de sa maladie quelques jours avant le commencement de juillet 1871. A ce moment elle avait, au niveau de la joue gauche, une douleur qui devint bientôt très pénible. Elle entra à l'hôpital le 18 mars 1872

pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche et fut opérée le 22 du même mois ; elle sortit le 13 avril suivant. La guérison se maintint pendant tout l'été ; la malade put même travailler ; mais dès le commencement de l'automne apparut une récidive qui marcha à grands pas et qui enleva la malade le 14 octobre 1872.

Observation XIX.— (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. — Résection totale. — Survie de 7 mois.

Auguste Frédéric E..., 45 ans, musicien d'Abbo, éprouva au printemps de l'année 1872 de vives douleurs de dents du côté droit. On dut lui en enlever successivement cinq. Aussitôt après la joue se tuméfia et devint douloureuse. Il entra à l'hôpital le 9 août 1872, fut opéré le lendemain, et sortit guéri le 4 septembre. Il paraîtrait que la récidive fut rapide, car la mort arriva le 18 mars 1873.

Observation XX. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche inopérable.

Erik L..., paysan de Hansjarvi, remarqua pendant l'été de 1872, que sa narine gauche était déviée, et saignait facilement lorsqu'il travaillait courbé ; à la même époque il eut de fréquents maux de tête. En mai, son œil gauche commença à se perdre, et le 26 septembre 1873, il entra à l'hôpital, la tumeur était fortement saillante au dehors ; elle avait détruit les téguments de la joue et toute la moitié gauche du nez. Il n'y avait pas lieu de songer à la résection ; le malade retourna chez lui et y mourut le 19 mai 1874.

Observation XXI. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit inopérable.

Gustaf Fridolf Sœderborg, 27 ans, domestique de Dragsfjœrd, attribue l'origine de sa maladie à ce que, dans la nuit du 1er mai 1873, il aurait couché la joue reposant sur un linge humide.

Depuis lors il a eu des douleurs et des picotements dans cette partie ; en même temps le bord de la joue est devenu insensible. Bientôt après, la moitié droite de la face commença à se tuméfier et à rougir ; un peu plus tard sur le conseil d'un médecin d'Abbo, il mit des cataplasmes de farine de gruau. A la même époque il devint aveugle de l'œil droit. Il se présente à l'hôpital le 20 octobre 1873, et on diagnostique un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit ; mais il retourne chez lui le même soir.

Il passe les derniers mois de sa vie sur un fauteuil et il ne cesse de souffrir ni le jour, ni la nuit, malgré les piqûres de morphine.

Il meurt enfin le 21 mars 1874.

Observation XXII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Sarcome de la mâchoire supérieure gauche. — Résection totale. — Survie de 6 *mois.*

K. M. H..., 39 ans, de Borgaa, remarqua au commencement de l'année 1871, que les dernières molaires supérieures du côté gauche devenaient doûloureuses et mobiles ; les douleurs augmentèrent de plus en plus et une tumeur se développa. Il entra à l'hôpital le 17 octobre avec un gros sarcome ulcéré de la mâchoire supérieure gauche. La tumeur avait détruit l'arcade zygomatique et s'étendait jusque dans la fosse temporale ; elle refoulait l'œil de haut en bas et de dehors en dedans. Vision perdue, excavation glaucomateuse de la pupille ; la narine gauche est comblée, l'arcade alvéolaire est lésée, de telle sorte que la plupart des dents sont tombées, et que celles qui restent sont mobiles. Quoique le cas fût tout à fait mauvais, Estlander consentit à tenter les chances d'une opération, et le 26 du même mois, il réséqua tout le maxillaire supérieur et l'os malaire. La perte de substance fut assez bien comblée par un lambeau pris dans la région temporale. La plaie des téguments guérit assez bien, mais au bout de quelques semaines une récidive se montra, et malgré plusieurs tentatives faites avec le cautère actuel, pour arrêter le développement de la tumeur, elle continua de grossir et le malade mourut le 1er mai 1872.

Observation XXIII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure gauche inopérable.

Johan Auguste G..., 21 ans, marin à Borgaa, remarqua dans le cours de son dernier voyage à Cadix dans l'été 1874, une tuméfaction de la mâchoire supérieure gauche, aisément reconnaissable à la vue.

Il y avait également de la tuméfaction visible du côté de la voûte palatine. Pendant le retour, la tumeur augmenta rapidement, et lorsque le 22 octobre 1874 il se présente à l'hôpital, elle avait envahi tout l'os, et se prolongeait jusque dans le pharynx qu'elle obturait en partie. Il ne restait plus qu'un petit orifice sur le côté droit, de sorte qu'il se plaignait surtout d'une difficulté extrême pour avaler. Comme il était inopérable, il retourna chez lui le 25 du même mois et mourut le 30 janvier 1875.

Observation XXIV. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. — Résection totale de cet os suivie d'au moins trois ans, sans apparition de récidive.

Johann G. E..., domestique, d'Annola, n'ayant pas d'antécédents héréditaires de cancer, éprouva vers la fin de septembre 1874 une douleur aiguë dans la moitié droite de la face ; bientôt après il se fit enlever deux molaires de ce côté, qui étaient cariées et qu'il regardait à tort comme la cause de sa douleur. Celle-ci persista après leur avulsion, et le 27 février 1875, il réclama son entrée à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — C'est un individu de taille moyenne, solide et présentant un certain embonpoint. Du côté de la face, on trouve une tumeur lobulée qui a repoussé l'œil droit en haut et en dehors ; la narine droite est comblée ; elle est limitée en bas par la voûte palatine ; cette portion d'os et la fibro-muqueuse qui la recouvre ne sont pas lésées ; l'aiguille à acupuncture ne pénètre pas à ce niveau ; les dents sont conservées, mais plusieurs sont mobiles ; sur la joue la tumeur fait une saillie sensible en avant ; elle est recou-

verte d'une peau d'un rouge bleuâtre qui lui adhère étroitement. On trouve au-dessus de l'œil une petite ulcération.

8 *mars*. — Résection du maxillaire supérieur avec conservation de la fibro-muqueuse que l'on fixe à la joue. Cela servit pour la restauration de la partie postérieure. La guérison de la partie antérieure qui paraissait complète dès les premiers jours fut quelque peu retardée. Au voisinage de l'angle interne de l'œil, la plaie, comme cela arrive souvent après les pertes de substance étendues de la peau, subit une rétraction cicatricielle énergique ; après l'enlèvement des sutures, les bords se séparèrent quelque peu, et lorsque, le 7 mai, le malade quitta l'hôpital, il présentait à ce niveau un orifice de la largeur d'une pièce de un franc. Il revint le 29 octobre suivant : on lui avait promis de combler sa perte de substance dans le cours de l'automne. Depuis sa sortie, l'œil droit s'était abaissé d'une manière suffisante pour produire de la diplopie qu disparut après une ténotomie du droit inférieur, faite le premier novembre.

5 *novembre*. — L'orifice facial est comblé avec un lambeau pris sur le front. Il sort guéri le 19. A ce moment pas de trace de récidive.

24 *octobre* 1878. — La guérison s'est maintenue.

Observation XXV.— (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Mort au bout de 2 mois 1/2 de pneumonie.

Henrich J. G..., 42 ans, paysan de Lajo, souffrit beaucoup dans le courant de l'été 1876, des dents de la mâchoire supérieure gauche ; elles devinrent tellement mobiles qu'il put enlever lui-même deux molaires. Au mois de juillet il s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la moitié gauche de la voûte palatine et trois semaines environ avant son entrée, la joue de ce côté se tuméfia.

10 *avril* 1877. — Il est venu à l'hôpital, c'est un homme solide, bien bâti, ayant un certain embonpoint. La mâchoire supérieure gauche est tuméfiée, mais la peau est intacte ; pas de déformation

du nez ; narines perméables ; le rebord orbitaire est plus mousse qu'à l'état normal ; pas de déplacement du globe oculaire.

La moitié gauche de la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane est remplacée par une tumeur recouverte en partie par la muqueuse, en partie par une épaisse couche de granulations ; elle a une largeur de un pouce ; la deuxième molaire manque, les autres sont mobiles.

12. — Le maxillaire est réséqué ; la tumeur est enlevée en totalité, et les parties profondes de la cavité dans laquelle elle se trouvait, sont touchées avec une solution aù chlorure de zinc. Le malade sortit le 30 du même mois.

Il se présenta pendant l'été à la polyclinique avec une tuméfaction sensible de la région parotidienne, pour laquelle on le reçut de nouveau le 24 novembre. A ce moment la parotide est transformée en une tumeur lobulée dure par places, molle ailleurs, elle atteint en haut le lobule de l'oreille et s'étend assez loin en arrière de son pavillon ; la peau est partout adhérente et présente deux ulcérations à bords renversés. La lèvre supérieure et la joue gauche sont couvertes par une autre tumeur épaisse et dure qui semble s'étendre à la cicatrice et à la voûte palatine ; elle emplit en arrière la cavité laissée par l'extirpation du maxillaire supérieur ; la peau et la muqueuse sont encore intactes mais adhèrent étroitement à la tumeur. Etat général toujours satisfaisant.

28 *novembre.* — Extirpation complète de la parotide.

13 *décembre.* — La plaie de la précédente opération étant guérie, on enlève la tumeur de la zone de la lèvre qui a encore augmenté de volume depuis le jour de l'entrée. La nouvelle plaie guérit sans accident ; mais le malade mourut vers le milieu de mars 1878 d'une pneumonie aiguë qui l'emporta en quelques jours.

Observation XXVI.— (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche.— Résection totale. — Survie inconnue.

Erik- Johann Oliv..., 53 ans, domestique, d'Ingo.

Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Affaibli et souffrant depuis le mois de janvier 1876. Il avait été frappé peu auparavant sur la joue gauche par un débris de cheminée. A partir de ce moment, celle-ci devint le siège d'une douleur et d'une tuméfaction qui ne disparurent jamais complètement : la région reste sensible au froid.

Vers le milieu de l'été, il eut une épistaxis par la narine gauche : d'autres la suivirent dans le cours de l'année ; plus tard une molaire supérieure du côté gauche devint douloureuse et molle.

28 *juillet* 1877. — Il se présente à la polyclinique chirurgicale : on enlève la dent et par l'alvéole vide une sonde est introduite jusque dans le sinus. La gencive était tuméfiée et on pouvait la traverser avec l'aiguille à acupuncture. On diagnostique un ostéosarcome, et on engage le malade à revenir à l'hôpital le plus tôt possible.

Depuis ce moment, la tuméfaction de la joue augmenta, les épistaxis devinrent plus fréquentes, il y eut en outre un écoulement séro-sanguinolent par la même narine.

4 *octobre* 1878. — Le malade entre à l'hôpital Petit. Ayant peu d'embonpoint : aucune lésion appréciable des organes internes. Tuméfaction de la joue gauche s'élevant de l'aile du nez à l'os malaire, et du côté de la bouche jusqu'à la ligne médiane. Les téguments de la joue sont rouges et adhérents à la tumeur ; pas d'ulcération ; fibro-muqueuse palatine d'aspect normal. Œil repoussé en haut et en dehors, rebord sous-orbitaire mousseux et noueux. Narine gauche imperméable à l'air, obturée par une masse charnue rougeâtre. L'os peut être traversé partout avec l'aiguille. Les molaires sont mobiles. Opéré le même jour. Résection du maxillaire supérieur gauche. Cautérisation avec le thermo-cautère des parties saignantes du maxillaire supérieur droit et de plusieurs points des bords de la plaie dont le tissu semble de même nature que la tumeur ; abattement marqué à la suite de l'opération ; cependant le malade se remit rapidement et il sortit guéri le 4 novembre 1878.

Observation XXVII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur gauche. — Résection totale. — Mort le surlendemain de l'opération.

Franz S..., 32 ans, peintre d'Ingaa, éprouve en mai 1877 une douleur au niveau de la mâchoire supérieure gauche, dont les dents devinrent mobiles. Au commencement de juillet, imperméabilité de la narine gauche et difficulté de la déglutition. Œil repoussé en avant. Plusieurs hémorrhagies buccales, deux dents tombent.

30 *août*. — Entré à l'hôpital ; état général mauvais ; amaigrissement, diarrhée. Joue gauche occupée par une tumeur lobulée au-dessus de laquelle la peau est mobile ; coloration rouge manifeste. Rebord orbitaire inférieur mousse ; cavité occupée par la tumeur. Œil repoussé en haut et en dehors ; ectropion de la paupière inférieure. Acuité visuelle diminuée. Narine gauche obturée, toutes les dents de la moitié de la mâchoire supérieure, sauf les premières incisives, sont tombées ou mobiles ; les téguments sont ulcérés du côté de la bouche ; la tumeur refoule la muqueuse palatine et forme une saillie qui s'étend jusqu'à la ligne médiane ; rien dans le pharynx. Intelligence intacte. Pas de phénomènes cérébraux.

12 *septembre*. — Résection du maxillaire supérieur gauche ; on enlève ensuite la partie de la tumeur qui reste. Après l'ablation de l'os on rencontre de grandes difficultés au voisinage de l'apophyse ptérygoïde : les muscles ptérygoïdiens internes et externes sont infiltrés, et un prolongement s'étend jusque dans la fosse temporale. Lorsque le siège exact a été bien déterminé, on cautérise comme dans le cas précédent avec la solution de chlorure de zinc les points où elle siégeait ; un tampon d'ouate imbibé de glycérine est introduit dans la cavité. Le lendemain état satisfaisant. T. V. = 40°. Le surlendemain, délire ; il parle et ne paraît pas comprendre les questions qu'on lui adresse ; attaque convulsive ; difficulté à avaler. Sangsues aux apophyses mastoïdes. Glace sur la tête ; le délire continue le troisième jour et la mort arrive le soir dans le coma.

L'autopsie montra qu'un prolongement d'une épaisseur de

1 centimètre ayant perforé la base du crâne en arrière de l'orbite, avait traversé la dure-mère dans la fosse moyenne et comprimait légèrement le cerveau. Au point correspondant, il y avait un foyer de ramollissement ; méningite purulente généralisée au début.

Observation XXVIII. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. — Pas d'intervention.

G..., 42 ans, de Messuhy, sans antécédents héréditaires de cancer, sentit des douleurs et éprouva du gonflement au voisinage de la deuxième molaire du côté droit, au mois de février 1878. Dans le cours du printemps, la joue se gonfla, les dents s'ébranlèrent à tel point que le malade les enlevait lui-même sans effort ; pendant l'été la tuméfaction de la face augmenta même du côté de la bouche et le malade se plaignait d'une légère douleur à exacerbations vespérales.

1er *octobre* 1878. — Etat général satisfaisant. Sur la joue droite, tumeur saillante en avant. Peau rouge, tendue, amincie mais non adhérente, œil droit refoulé en haut et en dehors : acuité visuelle normale ; narine droite obstruée : partie correspondante du palais saillante ; pharynx en partie rempli par la masse. L'os est raréfié de telle façon qu'une aiguille peut traverser le corps, le rebord orbitaire, l'arcade alvéolaire et le palatin ; l'épine nasale et l'arcade zygomatique sont au contraire imperméables, de même que la partie du bord alvéolaire la plus rapprochée de la ligne médiane. Quelques ganglions sous-maxillaires volumineux. Il paraitrait d'après le dire du malade qu'ils sont gros depuis longtemps : la chose semble d'autant plus vraisemblable, que ceux de l'autre côté sont également hypertrophiés. Quoique la maladie paraisse s'étendre assez loin, surtout en arrière, je me proposais d'opérer ce malade le 4 octobre, mais il quitta l'hôpital la veille au soir et retourna chez lui. Les douleurs furent toujours très vives et la cachexie l'emporta le 13 décembre.

Observation XXIX. — (Estlander, *loc. cit.*).

Ostéo-sarcome du maxillaire supérieur droit. — Résection totale. — Survie de 2 mois.

Adolphe N..., 67 ans, marinier, de Pomaa, ressentit au milieu de l'été 1877, de vives douleurs dans la dernière molaire de la mâchoire supérieure droite, cariée depuis longtemps. Après qu'elle fut tombée, il vit paraître au mois d'août, dans l'alvéole vide, une masse charnue grosse comme la pulpe du doigt, puis les douleurs augmentèrent assez pour l'obliger à entrer à l'hôpital.

A ce moment la joue droite est soulevée par une tumeur qui entoure la totalité du maxillaire, refoule la voûte du palais, et fait dans la cavité buccale une saillie du volume d'une pomme de terre. La tumeur s'étend en haut un peu au delà des limites de l'arcade alvéolaire.

15 *septembre.* — La résection du maxillaire supérieur est faite par l'assistant d'Estlander. La plaie se guérit par première intention et le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence.

Au commencement d'octobre une nouvelle masse végétante se montre au fond de la cavité et se développe rapidement.

On enlève cette masse le 17 octobre ; mais la dégénérescence s'était tellement propagée que l'on dut enlever des prolongements adhérents à la base du crâne, s'étendant dans l'orbite et dans la fosse temporale et intéressant les deux ptérygoïdiens. En bas et en arrière les lésions paraissent s'étendre jusqu'aux amygdales ; de sorte qu'il est impossible de faire une ablation complète.

Le malade retourne chez lui au bout de trois semaines, mais une récidive apparaît bientôt, et il meurt le 22 novembre.

CONCLUSIONS

I. — Le sarcome encéphaloïde s'observe habituellement au delà de la trentième année. C'est, au contraire, chez les jeunes que se voit le sarcome myéloïde, qui, lui, est rare au-dessus de la trentaine.

Le traumatisme, sans avoir une action bien nette, semble cependant, dans un certain nombre d'observations, jouer un rôle pathogénique.

II. — Les symptômes principaux, à la période de début, sont ceux d'une périostite alvéolo-dentaire, de sinusite, ou de polypes nasaux. Il est alors impossible d'affirmer le diagnostic.

A la période d'état, la distinction sera en général facile à faire avec les maladies qui peuvent prêter à confusion et dont les principales sont :

Les odontomes, les kystes dentaires, l'ostéite hypertrophiante, les ostéomes, les chondromes, les gommes osseuses syphilitiques et tuberculeuses, les cancers.

A la période d'état, la confusion n'est possible qu'avec le cancer, ce qui n'a aucune importance puisque la situation du malade est la même dans les deux cas.

III. — Le pronostic est rapidement fatal quand il s'agit de sarcomes encéphaloïdes, quelle que soit la précocité de l'intervention.

Au contraire, il est relativement favorable dans le cas de sarcomes myéloïdes, car nous avons vu qu'une intervention hâtive peut alors faire espérer une guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

Andrew (G.). — Fibrous epulis of the upper Jaw. *Glasgow m. J.*, 1900, L. III, p. 100-102, 2 fig.

Arnal. — *Tumeurs du maxillaire supérieur.* Th. Paris, 1880.

Barker. — Epithelioma of cysper Janv. *Brit. med. Journal*, 1884, t. II, p. 909.

Berthier. — *Tumeurs du maxillaire supérieur et résection.* Th. Montpellier, 1877.

Boudé. — Zui Statistik der carcinome der oberen gesichts-gegend. *Arch. f. klin. Chir.*, 1889, t. XXXVI, p. 207.

Branham (J. H.). — Sarcoma of face and temporal région. Excision hemorrhage controled by temporary closure of the common carotid artery by means of a compress and ligature. *J. Am. m. Ass.*, Chicago, 1900, XXXIV, p. 148-150.

Broca. — *Traité des tumeurs*, t. II.

Chalot. — *Traité de médecine opératoire.*

Cornil et **Ranvier.** — *Histologie pathologique.*

Duret. — Sarcome encéphaloïde du maxillaire supérieur développé au niveau d'une dent en ectopie chez un enfant. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1900. Discussion, p. 159-160.

Estlander. — Etude clinique des sarcomes du maxillaire supérieur, traduite du Suédois par L. Thomas. *Revue de méd. et de chir.*, 1879, t. III, p. 380.

Farabeuf. — *Traité de méd. opératoire.*

Follin. — *Archives méd.*, 1854.

Gruet (Honoré-Charles). — *Contribution à l'étude de l'épulis.* Th. Paris, 1900.

Heide et **Charpentier.** — Epulis. *Odontologie.* Paris, 1900, XXIII, p. 271-275, 2 fig.

Heydenreich. — *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. V, p. 166.

Jacquelin. — *Etude sur l'épithélioma des maxillaires.* Th. Paris, 1875.

Kolaczek. — Neber den Angiosarkom. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1878, t. IX, p. 1 et 165.

Lannelongue. — Histoire des tumeurs fibro-plastiques. *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1868.

Lanphear (E.).— Removal of the superior maxilla, turbinateds, palate, vomer and parts of the ethmoïd and malar for ostea-sarcoma-deformity relieved by obturator-eight Years without recurrence. *Am. J. Surg. a. Gynec.*, St-Louis, 1900, XIII, p.107, 2 fig.

Lechaux. — *Etude des sarcomes du maxillaire supérieur.* Th. Paris, 1899.

Le Dentu. — *Leçon clinique sur les sarcomes du maxillaire supérieur*, 24 décembre 1898.

Lejars. — *Leçons de clinique chirurgicale de la Pitié*, 1893-94, p. 317.

Lerouge, — Sarcome encéphaloïde du maxillaire supérieur développé au niveau d'une dent en ectopie chez un enfant. *J. des Sc. méd. de Lille*, 1900, XXII, p. 154-157.

Malassez. — Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires. *Archiv. de physiol.*, 1883, p. 309.

Marshall. — Sarcoma of superior Maxilla in a child eight Years old, removal. *British med. Journ.*, 1883, t. II, p. 1017.

Morel. — *Contribution à l'étude des épithéliomas du maxillaire supérieur.* Th. Paris, 1879.

Moussard (Maurice). — *De la résection simultanée des deux maxillaires supérieurs.* Th. Lyon, 1900.

Nélaton (E.). — *Tumeurs à myéloplaxes.* Th. Paris, 1860.

Nimier. — *Tr. de chirurgie* Le Dentu et Delbet, t. V, p. 867.

Nogué (R.). — Un cas d'épulis chez un enfant. *Archiv. de stomatol.*, Paris, 1900, I, p. 53-55.

Peyrot. — *Pathologie externe* (4 agrégés), T. III, article : Tumeurs du maxillaire supérieur.

Reclus. — De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. *Progrès méd.*, 1886, p. 795 et 836.

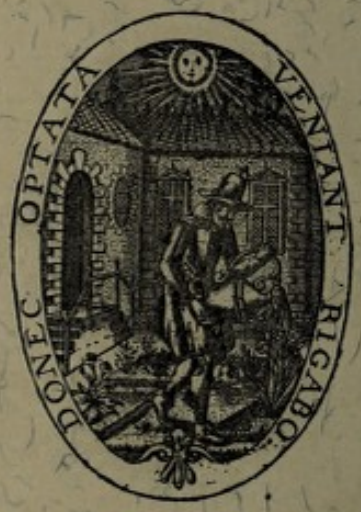
Rodier. — Epulis sarcomateuse ossifiante du maxillaire supérieur. Extirpation. Guérison. *Rev. de stomatol.*, Paris, 1900, VII, p.64-66, 1 fig.

Terrillon et Betz. — Tumeur myéloïde du maxillaire supérieur, généralisation osseuse. *Bull. Soc. Anat.*, 1872, p. 56.

Verneuil. — Epithélioma des maxillaires. *Journal des connaiss. méd.*, 1883, p. 234.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).


DONEC OPTATA VENIANT RIGABO