

racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal, a complété l'étude des kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines et achevé de fixer définitivement leur pathogénie.

A côté des deux variétés précédentes, nous devons signaler les kystes multiloculaires des mâchoires, dont les connexions avec le système dentaire sont moins nettement établies.

Nous aurons donc à étudier successivement :

- 1° Les kystes *uniloculaires* comprenant les deux variétés folliculaire et alvéolo-dentaire ;
- 2° Les kystes *multiloculaires*.

1° KYSTES UNILOCULAIRES

D'après ce que nous venons de dire, on voit que les kystes uniloculaires se divisent en deux grands groupes : 1° les kystes folliculaires qui tiennent à un arrêt de développement du follicule dentaire, retenu dans l'épaisseur des mâchoires ; 2° les kystes des racines, ou kystes alvéolo-dentaires, qui se forment aux dépens d'une dent adulte, complètement développée.

1° *Kystes folliculaires*. — De même que le développement pathologique du follicule dentaire peut donner naissance aux odontomes, par le mécanisme que nous avons indiqué ; de même aussi il peut devenir l'origine de kystes, lorsqu'il se produit du liquide dans l'intérieur du follicule dentaire. Suivant la période du développement du follicule à laquelle se montre le kyste dentaire, il affecte une composition différente. On a ainsi des kystes de la période embryoplastique, de la période odontoplastique et de la période coronaire, qui, apparaissant au moment où la couronne de la dent est complètement développée, prennent le nom de kystes dentigères.

Lorsque le kyste prend naissance à la période embryoplastique, l'organe de l'émail, composé d'éléments mous et fragiles, se dissocie et disparaît. Il se produit dans l'intérieur du follicule un amas d'un liquide séreux et fluide, kyste séreux ; ou bien le liquide est épais, visqueux et filant, auquel cas le kyste est dit mélicérique. Parfois même la cavité est remplie d'une masse caséiforme, kyste butyreux. Cette dernière variété est due sans doute à la transformation grasseuse des éléments du bulbe.

Lorsque le kyste se produit à une période plus avancée de l'évo-

lution folliculaire, à la période odontoplastique, on trouve dans son intérieur les éléments définitifs du tissu dentaire, l'ivoire et l'émail. Les seules formes qu'on rencontre à cette période sont les kystes séreux ou mélicériques ; on n'y voit pas les kystes butyreux, dont l'existence est propre aux kystes de la période embryoplastique.

Les organes de l'émail et de l'ivoire arrêtés dans leur développement sont impropres à produire une couronne normale ; ils donnent seulement naissance à des masses informes dans lesquelles on trouve soit l'ivoire seul, soit des plaques dentinaires recouvertes d'émail.

Les deux variétés précédentes, kystes des périodes embryoplastique et odontoplastique, sont exceptionnelles. Les kystes de la troisième variété, répondant à la période coronaire, sont de beaucoup les plus fréquents. Ici la couronne est complètement formée ; mais tantôt elle a son volume et sa forme normale : tantôt, et le plus souvent, elle est atrophiée, petite ou difforme. Quelquefois la dent manquant complètement de racine, tombe dans l'intérieur du kyste où elle est libre ; tantôt, au contraire, une certaine étendue de la racine a eu le temps de se former, et la dent reste implantée dans la paroi kystique. Quelquefois on a trouvé deux, et même plusieurs dents dans l'intérieur d'un même kyste ; ce fait semble pouvoir s'expliquer par la fusion de deux ou d'un plus grand nombre de follicules.

2° *Kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines*. — C'est à cette variété que se rapportent les petites poches kystiques appendues aux racines, et signalées depuis longtemps par Delpech. Ce sont eux également qui ont été dénommés par Forget kystes alvéolo-dentaires, et par M. Magitot, kystes périostiques. Tandis que les kystes folliculaires se rattachent à la période de développement de la dent, et coïncident toujours avec un arrêt plus ou moins complet de la formation de cet organe, les kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines, appartiennent à l'âge adulte, et se montrent aux dépens d'une dent complètement développée. Tantôt cette dent est saine, tantôt, et le plus souvent, elle est le siège de lésions.

Déjà nous avons rappelé l'opinion de Delpech, qui faisait naître la production kystique dans l'épaisseur du cordon vasculo-nerveux pénétrant le sommet de la dent. Cette interprétation ne pouvait être admise. M. Magitot lui a substitué la théorie suivante, qui a été généralement adoptée jusqu'à ces derniers temps. Cet auteur admet que

le périoste alvéolo-dentaire tapissant la racine de la dent est soulevé sous une influence pathologique par une production de liquide, et se sépare de la surface du ciment sous-jacent. Tantôt ce soulèvement du périoste se produit sur l'un des côtés de la racine, tantôt il a lieu au niveau du sommet de la dent. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. Si la dent est saine, il n'y a aucune difficulté à comprendre l'accumulation de liquide au-dessous du périoste détaché de la racine. La dent est-elle, au contraire, fracturée ou cariée, il est nécessaire d'admettre qu'une production accidentelle de dentine est venue clore le canal central de la pulpe ainsi ouvert et s'opposer à l'effusion du liquide au dehors. Et en effet ces conditions se rencontrent assez fréquemment.

Cette théorie s'accordant assez bien avec les faits cliniques, a trouvé un accueil favorable; elle est cependant passible de graves objections. M. Magitot note en effet que la paroi kystique est tapissée à sa face interne par une couche d'épithélium sphérique ou polyédrique, tantôt simple, tantôt stratifié. Or, le périoste ne renferme pas dans son épaisseur d'éléments épithéliaux. Aussi M. Magitot est-il obligé, pour expliquer la présence de cet épithélium, d'admettre sa formation par genèse directe; mais on ne voit nulle part le processus inflammatoire donner naissance à la production accidentelle d'épithélium. L'objection a été faite depuis longtemps par M. Verneuil; et cette remarque l'a conduit, à proposer, dès 1874, une théorie différente. Pour lui, les kystes des racines ou kystes alvéolo-dentaires dérivent de débris épithéliaux persistants du cordon épithélial ou de la paroi folliculaire elle-même. Cette opinion, émise par M. Verneuil et souvent reproduite par lui depuis lors, vient de recevoir récemment une confirmation éclatante des recherches anatomo-pathologiques de M. Malassez. Dans un mémoire publié dans les *Archives de physiologie*, le 5 février 1885, cet auteur fait connaître qu'il a rencontré tout autour des dents adultes de nombreuses traînées de cellules épithéliales plongées dans l'épaisseur du périoste alvéolo-dentaire. Ces amas épithéliaux échelonnés tout le long de la racine de la dent sont les restes des productions épithéliales qu'on rencontre chez le fœtus et qui servent au développement de l'organe dentaire; M. Malassez leur donne le nom de débris épithéliaux paradentaires. Par eux se trouve expliquée la présence d'épithélium à la face interne des kystes alvéolo-dentaires. Ces kystes sont donc formés aux dépens de ces masses épithéliales

incluses dans l'alvéole, et méritent le nom de kystes épithéliaux paradentaires. Il est du reste une autre considération qui vient battre en brèche la notion des kystes périostiques telle qu'elle avait été établie par Magitot; c'est la conception nouvelle du périoste alvéolo-dentaire. En effet, les recherches de Kœlliker, de Ranvier, Malassez, Aguilhon de Sarran, ont montré qu'il n'y avait point une couche fibreuse continue tapissant la racine de la dent, et méritant le nom de périoste alvéolo-dentaire. Il existe seulement des faisceaux fibreux qui, des parois de la cavité alvéolaire, vont en convergant s'insérer à la surface de la racine dentaire, en formant dans leur ensemble une sorte de ligament circulaire, qui mérite le nom de ligament alvéolo-dentaire.

En résumé donc, si par une excellente étude, M. Magitot a appelé l'attention sur les kystes alvéolo-dentaires ou kystes des racines, c'est à M. Verneuil qu'appartient l'honneur d'avoir le premier donné la pathogénie véritable de cette variété de kystes, pathogénie qui a reçu des recherches anatomo-pathologiques de M. Malassez une éclatante confirmation. A l'appui des idées de M. Malassez, citons encore le mémoire publié par son élève, M. Albarran, dans la *Revue de chirurgie*, de 1888.

Symptômes. — La tumeur formée par le kyste dentaire proémine surtout vers la face antérieure des maxillaires. Tant qu'elle est incluse dans l'épaisseur de l'os, il est bien difficile de reconnaître sa véritable nature; mais lorsque l'os est assez aminci pour se laisser déprimer sous le doigt, on obtient alors la sensation parcheminée sur laquelle a beaucoup insisté Dupuytren, c'est-à-dire que la lamelle osseuse se laisse facilement déprimer, mais revient immédiatement sur elle-même, quand on cesse la pression du doigt, en produisant un bruit comparable à un froissement de parchemin. Lorsque la paroi osseuse est suffisamment mince, ou lorsqu'elle a été complètement résorbée, on perçoit même la fluctuation. Un signe assez fréquent pour qu'on ait pu lui attacher une véritable importance diagnostique, c'est la vascularisation marquée de la muqueuse au-devant de la paroi antérieure du kyste. Le développement de la tumeur ne s'accompagne pas de douleurs; celle-ci est lisse, sans bosselures; la peau est saine, les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. C'est seulement lorsque le kyste est assez développé qu'il détermine du côté de la face une légère difformité.

Marche. — **Durée.** — **Terminaison.** — La marche des kystes des mâchoires est en général fort lente; les malades ne souffrant pas de leur tumeur, ne viennent quelquefois se montrer au chirurgien qu'après plusieurs années. En général le kyste augmente progressivement de volume; il peut même arriver à se rompre, soit sous l'influence de la distension, soit par le fait de la suppuration de la poche. L'arrachement de la dent dans les kystes périostiques, en entraînant une partie plus ou moins considérable de la paroi kystique, suffit rarement à amener la guérison. Le plus souvent la tumeur ne se vide qu'incomplètement, et la maladie se reproduit. L'incision de la poche amène l'issue d'un liquide séreux, le plus souvent visqueux, quelquefois même purulent. Habituellement il est chargé de cristaux de cholestérine; il présente parfois une coloration brunâtre, due à la présence du sang. Dans les cas de kystes dentigères, l'incision de la poche ne suffit pas; il faut enlever la dent qui joue le rôle de corps étranger. Enfin, dans un certain nombre de cas, on voit survenir la récurrence de kystes en apparence guéris. Ce fait est dû à l'insuffisance du traitement.

Diagnostic. — Il faut tout d'abord différencier les kystes des autres tumeurs des mâchoires, puis distinguer l'une de l'autre les deux variétés de kystes alvéolo-dentaires et folliculaires.

Le développement lent de la tumeur, sa forme circonscrite, son augmentation modérée de volume, l'absence de douleurs vives, la conservation de la santé générale, l'absence d'engorgement ganglionnaire, sont autant de circonstances qui permettent de rejeter l'hypothèse d'une tumeur maligne.

Lorsqu'il n'y a pas encore de sensation parcheminée, ni de fluctuation, on doit faire le diagnostic entre les kystes dentaires et les odontomes. Tout d'abord il est une première différence entre les odontomes et les kystes dentaires, c'est celle qui est relative au siège de la tumeur. Les odontomes se développent le plus souvent au niveau des dents molaires et à la mâchoire inférieure; jamais on ne les a vus au niveau des incisives. Les kystes dentaires se développent beaucoup plus souvent au contraire à la mâchoire supérieure, et au niveau des canines et des incisives.

Au maxillaire inférieur, les kystes proéminent surtout du côté de la face antérieure de l'os, tandis que l'odontome se développe à la fois sur les deux faces. A la mâchoire supérieure, ce trait distinctif

est moins marqué. La tumeur constituée par le kyste dentaire reste toujours plus ou moins distante du bord alvéolaire; au contraire, l'odontome s'en rapproche de plus en plus, et il a tendance à faire son éruption du côté de la muqueuse gingivale, comme une dent normale. Le kyste, par son développement, ne met pas obstacle à l'éruption des dents voisines; l'odontome empêche toujours l'éruption des dents qui font suite à la dent malade, quelquefois même celle d'une ou des deux dents qui la précèdent.

Un diagnostic qui se pose souvent en clinique, c'est celui du kyste dentaire et du kyste du sinus maxillaire. Les kystes dentaires se montrant le plus souvent à la mâchoire supérieure, au niveau des incisives et des canines, se développent précisément dans la région du sinus maxillaire. Ils refoulent la paroi antérieure du sinus, effacent sa cavité, quelquefois même ils perforent la paroi osseuse du sinus et deviennent libres dans son intérieur. On comprend qu'en pareil cas le diagnostic sera toujours extrêmement difficile, quelquefois même impossible.

Étant donné qu'il s'agit d'un kyste dentaire, il reste à différencier l'une de l'autre les deux variétés que nous avons étudiées, le kyste folliculaire et le kyste des racines ou kyste épithélial paradentaire (kyste périostique de Magitot). Le kyste folliculaire se développant au niveau d'une dent arrêtée dans son évolution, on constatera l'absence d'une dent du côté de la mâchoire où siégera le kyste. Il faudra toutefois à cet égard éviter plusieurs causes d'erreur; tout d'abord s'assurer qu'il n'y a pas eu de dent arrachée; puis penser à la possibilité d'un follicule dentaire surnuméraire, auquel cas le système dentaire est complet. Il peut enfin se faire qu'une dent de lait ait persisté; le système dentaire paraît normalement constitué, alors que la dent correspondante de la seconde dentition n'a pas fait son évolution.

Quant aux kystes des racines ou kystes épithéliaux paradentaires, ils se distinguent des précédents en ce qu'ils se montrent chez des adultes, après l'évolution complète du système dentaire, et coïncident souvent avec des altérations pathologiques de la dent au niveau de laquelle ils sont développés.

Traitement. — Lorsque le kyste siège au niveau d'une dent cariée, ou d'une racine malade, la première chose à faire, c'est de pratiquer l'extraction de la dent ou de la racine altérée. Dans les cas

où le kyste est très petit, ce moyen pourra suffire à amener la guérison. S'il en est autrement, ou si le kyste est développé au niveau d'une dent saine, il faut ouvrir largement sa cavité, et y introduire un drain pour empêcher son occlusion; si la poche est très vaste, si elle a trop de tendance à se fermer, il est préférable même de pratiquer la résection de sa paroi osseuse; on fait ensuite des injections irritantes dans sa cavité, pour en amener l'oblitération par suppuration. Après avoir pratiqué l'ouverture du kyste, il est nécessaire d'explorer soigneusement sa cavité, pour voir s'il n'y a pas une couronne de dent incluse dans sa paroi. Dans les cas de kystes dentigères, en effet, il est nécessaire de pratiquer l'ablation de la couronne contenue dans le kyste, qui jouerait le rôle de corps étranger, entretenant la suppuration et mettrait obstacle à la guérison.

2° KYSTES MULTILOCULAIRES

Indépendamment des variétés précédentes de kystes, qui, tous, sont uniloculaires, il existe aux mâchoires, et surtout au maxillaire inférieur, des kystes multiloculaires, dont les connexions avec le système dentaire sont moins évidentes. M. Magitot s'est efforcé de les rapporter, comme les kystes uniloculaires, à une affection des dents. D'après lui, plusieurs follicules dentaires deviendraient simultanément kystiques, ou bien encore un même follicule se cloisonnant arriverait à donner naissance à un plus ou moins grand nombre de kystes. La théorie de M. Malassez, en rattachant aux débris épithéliaux paradentaires les kystes multiloculaires des mâchoires, leur assigne également une origine dentaire, et paraît bien plus vraisemblable.

Les kystes multiloculaires occupent souvent une grande étendue du maxillaire inférieur, et quelquefois même toute la branche montante de cet os. Ils déforment alors la joue, où ils produisent une saillie considérable, ils refoulent les parties molles du plancher de la bouche et du cou, et amènent une gêne de la respiration et de la déglutition.

La forme de ces tumeurs est bosselée, irrégulière; l'amincissement de l'os à leur niveau donne lieu à la crépitation parcheminée; quelquefois même certaines des bosselures sont assez distendues et assez proéminentes pour devenir transparentes. Tantôt les diverses

poches sont isolées les unes des autres, tantôt elles communiquent ensemble. Le liquide contenu est tantôt séreux, tantôt sanguinolent. Il peut se faire que la tumeur venant à s'enflammer s'ouvre à l'extérieur; en pareil cas, l'ouverture reste fistuleuse.

Diagnostic. — Les kystes multiloculaires, appelés par les auteurs anglais maladie kystique du maxillaire, doivent être distingués du cystosarcome des mâchoires. Ce diagnostic présente souvent les plus grandes difficultés. Toutefois la marche du sarcome est beaucoup plus rapide que celle des kystes simples. La consistance de la tumeur est également différente; molle en certains points, elle est charnue dans d'autres, tandis que les kystes sont partout fluctuants. Enfin l'existence de douleurs violentes, l'altération de la santé générale, la présence d'engorgement ganglionnaire, sont encore en faveur du sarcome.

Traitement. — Si le mal est assez limité, on peut tenter son ablation en conservant le bord inférieur du maxillaire, mais souvent on sera obligé de pratiquer une résection, et même la désarticulation d'une des branches montantes de cet os.

2° TUMEURS SOLIDES DES MACHOIRES

Sous ce titre nous passerons successivement en revue les odontomes, les fibromes, les enchondromes, les ostéomes, les sarcomes, les myomes et l'épithélioma.

A. — ODONTOMES

Définition. — Sous le nom d'*odontomes* on décrit des tumeurs constituées par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs. Ce groupe a été constitué par Broca, qui en donne une description magistrale dans le second volume de son *Traité des tumeurs*.

Il importe tout d'abord de bien se rendre compte des odontomes, tels que les comprenait Broca, tels que nous les décrirons ici. Ce sont des tumeurs essentiellement dues à un trouble de développement de la dent, et qui ne peuvent, par conséquent, se montrer après l'évolution complète du bulbe dentaire. Les néoplasmes qui se montrent sur les dents après leur entier développement méritent le nom de tumeurs des dents; ce ne sont pas des odontomes. Il était essentiel

de bien préciser le sens que nous donnons au mot *odontome*, car Virchow et ses élèves lui ont donné une signification différente. Ils comprennent en effet sous cette dénomination et les tumeurs de la période de développement des dents (odontomes de Broca), et les tumeurs des dents complètement développées.

Ceci étant établi, les odontomes surviennent à chacune des périodes du développement de la dent que nous avons précédemment signalées. Ils se divisent, par conséquent, en odontomes embryoplastiques, odontomes odontoplastiques, coronaires et radiculaires.

a. Odontomes embryoplastiques. — Ils peuvent se subdiviser en deux variétés principales, selon que le tissu de la tumeur reste à l'état fibroblastique ou qu'il subit la transformation fibreuse. D'où les odontomes fibroblastiques et fibreux. Ce groupe répond aux tumeurs fibreuses ou fibro-celluleuses de Dupuytren. Les tumeurs qui le constituent se différencient des autres variétés de tumeurs fibreuses des mâchoires, en ce que celles-ci sont diffuses et se continuent insensiblement avec le tissu osseux voisin, tandis que les odontomes fibroblastiques et fibreux sont nettement enkystés et isolés du tissu osseux ambiant. Toutefois la constitution anatomique de ces tumeurs n'a rien qui permette de les reconnaître; aussi Virchow et ses élèves n'y voient-ils que des myxomes, des fibromes, des sarcomes. Ils réservent le nom d'odontomes aux seules tumeurs caractérisées par la présence des tissus propres de la dent. Il y a donc ici encore une divergence entre la manière de voir de Broca, et celle de l'école allemande.

b. Odontomes odontoplastiques. — Ils constituent la variété la plus importante : ce sont ceux qui naissent pendant la seconde période d'évolution des dents, période odontoplastique. Mais, suivant le degré d'ossification, ils peuvent se présenter à des états différents. Ils peuvent être mous, odontomes non dentifiés, ou bien ils sont en voie de dentification ou complètement dentifiés.

Les odontomes non dentifiés, de consistance molle, fibreuse, sont les plus rares. De bonne heure, en effet, on voit se développer dans leur intérieur des masses d'ivoire qui, d'abord isolées, finissent par se rejoindre et envahir la totalité de la tumeur. Les odontomes augmentent de volume jusqu'à ce que le travail de dentification dont ils sont le siège soit terminé; à partir de ce moment, ils peuvent rester indéfiniment stationnaires.

c. Odontomes coronaires. — Les odontomes coronaires, nés pendant la période de formation de la couronne, sont toujours plus ou moins dentifiés, puisqu'ils débutent à un moment où la dentification est déjà commencée. La tumeur est constituée par l'hypertrophie de la pulpe dentaire; mais la portion de la couronne qui est formée avant le début du travail pathologique reste intacte et parfaitement reconnaissable. L'odontome coronaire peut d'ailleurs se présenter à deux états différents. Tantôt il résulte de l'hypertrophie de toute la pulpe, il est alors diffus; tantôt il constitue une tumeur limitée, surajoutée en un point de la dent; l'odontome est dit alors circonscrit, et dans ce dernier cas, il n'entrave pas l'évolution de la dent, qui peut se faire complètement, y compris la formation de la racine.

d. Odontomes radiculaires. — Cette dernière variété se rapproche de l'odontome coronaire circonscrit en ce que, comme elle, elle se montre avec le développement complet de la racine. Mais ce qui la distingue de toutes les formes précédentes, c'est que, coïncidant avec la période de formation de la racine, elle présente dans son intérieur du ciment, tandis que les diverses variétés d'odontomes que nous avons passées en revue jusqu'ici étaient exclusivement composées de dentine.

Étiologie. — Un fait domine l'étiologie de l'odontome, c'est l'âge des sujets qui le présentent; c'est en effet une affection propre à la jeunesse. Étant intimement liée au développement des dents, cette tumeur ne peut se montrer lorsque l'évolution complète du système dentaire est terminée. Ceci établi, il faut bien avouer que nous sommes très ignorants de toutes les causes qui peuvent favoriser leur développement. Tout ce que nous savons, c'est que ces tumeurs se montrent presque toujours au niveau de la mâchoire inférieure et des molaires. A part les odontomes coronaires circonscrits (dents verruqueuses de Salter), qui peuvent se développer sur les incisives, c'est toujours sur les molaires, et surtout sur les grosses molaires, que siège l'odontome.

Symptômes, marche et pronostic. — Pendant la première période de leur développement, les odontomes occupent l'épaisseur du maxillaire, et peuvent ne trahir leur existence par aucun symptôme. Quelquefois cependant il existe des douleurs à forme névralgique.

Mais, dans un grand nombre de cas, les douleurs font complète-

ment défaut, et le premier symptôme est l'apparition de la tumeur.

Celle-ci siège généralement dans la région des grosses molaires; elle est fusiforme et occupe le voisinage du bord alvéolaire, ou du moins, si elle en est distante tout d'abord, elle s'en rapproche de plus en plus en se développant; elle finit même par venir faire saillie au-dessous de la gencive, où il est possible d'apprécier sa consistance à la fois ferme et dépressible. Quelquefois même la coque osseuse qui renferme la tumeur est assez amincie pour donner la sensation parcheminée.

En examinant l'état de la dentition, on constate habituellement l'absence d'une ou de plusieurs dents. En effet, à part les cas d'odontomes coronaïres circonscrits, dans lesquels la dent malade peut faire normalement son éruption, dans tous les autres cas, la dent affectée d'odontome reste incluse dans l'épaisseur de la mâchoire. De plus, la tumeur gêne par sa présence l'éruption des dents voisines, et il n'est pas rare de voir ces dernières manquer complètement.

Le développement du néoplasme est le plus souvent fort lent; mais lorsque la dentification de l'odontome est complète, la tumeur, qui jusque-là avait été bien tolérée et n'avait pas donné naissance à des phénomènes de voisinage, cause une inflammation plus ou moins intense. Elle devient douloureuse, joue le rôle d'un véritable corps étranger, et provoque autour d'elle une suppuration plus ou moins diffuse. Il en résulte de la périostite, des abcès ossifluents, des fistules, des nécroses; exceptionnellement la destruction osseuse peut être suffisante pour livrer passage à l'odontome qui tombe spontanément.

Le pronostic tire toute sa gravité de ces phénomènes inflammatoires de voisinage; la tumeur en elle-même n'a aucun caractère de malignité. La possibilité d'en pratiquer l'extirpation sans faire de résection de la mâchoire atténue encore la gravité du pronostic.

Diagnostic. — Comme le fait remarquer Broca, la notion qui doit, avant tout, guider le chirurgien, c'est celle du début de la tumeur. Tout néoplasme qui se montre dans le maxillaire après l'achèvement de l'évolution du système dentaire, ne peut être un odontome. Lorsque la tumeur a perforé la gencive et se montre au niveau du bord alvéolaire, après avoir subi une éruption comparable à celle d'une dent normale, le diagnostic ne présente pas de sérieuses

difficultés. Au contraire, lorsque la tumeur est encore incluse dans l'épaisseur du maxillaire, on peut la confondre avec bon nombre de tumeurs de cet os, et, en particulier, avec une autre variété de néoplasmes qui se lie également au développement des dents, savoir les kystes dentaires.

Enfin, lorsque l'odontome a déterminé autour de lui de l'inflammation et des abcès, on peut le confondre, et l'erreur a été souvent commise, avec des exostoses ou avec des séquestres du maxillaire. La connaissance des antécédents permettra d'éviter une erreur de diagnostic qui, d'ailleurs, n'aurait pas une grande importance; car la conduite à tenir dans les deux cas serait la même, c'est-à-dire l'ablation du corps étranger.

Traitement. — Il se résume en une seule indication: enlever la tumeur, en ménageant autant que possible le maxillaire. S'il s'agit d'un odontome circonscrit, coronaire ou radiculaire, l'arrachement de la dent qui le porte pourra suffire. La tumeur ne peut-elle être enlevée par simple arrachement, on pratiquera une résection limitée du bord alvéolaire. Lorsque l'odontome est encore inclus dans l'épaisseur de l'os, il sera nécessaire de le mettre à découvert, en enlevant la lame externe du maxillaire qui le recouvre. L'opération sera faite par la bouche, en incisant la muqueuse et mettant à nu la face antérieure de l'os. C'est seulement dans les cas où la tumeur siège sur les dernières grosses molaires, où elle n'est pas accessible par la cavité buccale, qu'on pratiquera une incision à la joue. Après avoir enlevé l'odontome de la cavité osseuse qui le contenait, on ruginera soigneusement ses parois. Enfin, dans des cas exceptionnels, le volume de la tumeur peut être tel qu'on soit obligé de pratiquer la résection du maxillaire dans toute son épaisseur.

B. — FIBROMES

Fibromes. — Les fibromes des mâchoires sont des tumeurs rares, surtout au maxillaire supérieur. On en distingue deux variétés, les fibromes centraux et les fibromes périostiques.

Au maxillaire supérieur, les fibromes centraux atteignent parfois un grand volume; ils peuvent pénétrer dans le sinus maxillaire ou effacer sa cavité; ils envahissent la voûte palatine et proéminent dans la bouche. Au maxillaire inférieur, les fibromes centraux sont

beaucoup plus fréquents qu'à la mâchoire supérieure. C'est là surtout qu'on rencontre la crépitation parcheminée, car, à la mâchoire supérieure, l'os est tellement mince, qu'il est bientôt perforé. Les fibromes centraux des maxillaires se rapprochent beaucoup des odontomes fibroplastiques de Broca; la seule différence, c'est que les odontomes sont régulièrement circonscrits et enkystés, tandis que les fibromes d'origine non dentaire sont des tumeurs diffuses qui se continuent insensiblement avec le reste de l'os. Encore ces caractères ne sont-ils pas toujours assez tranchés pour constituer une différence absolue entre ces deux variétés de néoplasmes; et parfois on est dans le doute pour savoir si une tumeur fibreuse des mâchoires est, ou non, d'origine dentaire.

Les fibromes périphériques ou périostiques sont encore plus rares que les fibromes centraux. Parmi eux, il en est une variété qui, naissant au niveau du bord alvéolaire, prennent le nom d'épulis fibreuse. Il est du reste à remarquer que ce mot d'épulis (επί, sur, et ὄλον, gencive), n'indique pas autre chose que le siège de la tumeur. Il n'implique aucune idée sur sa nature; et à côté d'épulis fibreuses, il existe des épulis sarcomateuses et épithéliales. Ces tumeurs prennent le plus habituellement naissance dans l'intervalle qui sépare deux dents voisines; dans d'autres cas, elles émergent d'un alvéole dont la dent est absente; ou bien encore elles siègent un peu au-dessous du bord alvéolaire, sur l'une ou l'autre face de l'os. Tantôt la tumeur a une base d'implantation assez large; tantôt son pédicule est mince et se rompt avec la plus grande facilité. Ce qu'il importe surtout de savoir au point de vue du traitement, c'est que tous les tissus fibreux qui entrent dans la composition de l'arcade alvéolaire peuvent prendre part au développement de la tumeur; ce n'est donc pas seulement une tumeur des gencives, mais bien du périoste alvéolo-dentaire et de l'os lui-même.

Étiologie. — Bien que les fibromes des mâchoires puissent s'observer à tous les âges, ce sont cependant surtout des tumeurs du jeune âge et de l'adolescence. On s'accorde généralement à attacher dans leur développement une grande importance à toutes les causes d'irritation locale. C'est ainsi que les traumatismes, l'avulsion des dents, des racines restées incluses dans le bord alvéolaire, des dents cariées, ont pu leur donner naissance.

Symptômes et marche. — Dans les cas de fibromes centraux, tant

que la tumeur reste incluse dans l'épaisseur de l'os, on ne remarque pas autre chose qu'une augmentation de volume du maxillaire. Plus tard, la déformation de la face s'accroît, et l'os s'amincissant donne lieu à la crépitation parcheminée. Enfin la tumeur devenant libre au dehors, on peut apprécier ses caractères, sa dureté, avec une certaine élasticité, sa surface lisse. La peau et la muqueuse sont saines; si du moins cette dernière s'ulcère, c'est par le contact mécanique des parties voisines; mais elle ne présente pas ces fongosités saignantes qu'on observe dans les tumeurs de mauvaise nature.

La marche de ces tumeurs est généralement fort lente. Leur volume est quelquefois considérable. Ce qui aggrave le pronostic, c'est la possibilité de leur repullulation et de la transformation en sarcomes.

Diagnostic. — Les caractères qui permettent de reconnaître le fibrome sont sa dureté, sa consistance partout égale; tandis que le chondrome présente souvent dans son intérieur des poches kystiques fluctuantes. Le diagnostic doit être fait surtout avec les tumeurs malignes. Il se tire de la marche beaucoup plus lente des fibromes, de l'absence d'envahissement des tissus voisins, du manque de douleurs et d'engorgement ganglionnaire. Les ulcérations et les hémorrhagies sont aussi des caractères qui appartiennent beaucoup plus aux tumeurs malignes qu'aux fibromes. L'anesthésie partielle du menton, due à la compression ou à la destruction du nerf dentaire inférieur, bien que pouvant se rencontrer dans les fibromes, se voit bien plutôt dans les tumeurs malignes. Il faut tenir compte enfin du jeune âge des malades et de l'intégrité de la santé générale.

C. — ENCHONDROMES

Enchondromes. — Plus rares encore que les fibromes, les chondromes sont un peu plus souvent observés à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure.

On observe les deux variétés suivantes: l'enchondrome naissant des parties centrales de l'os, et celui qui se développe dans les couches superficielles au-dessous du périoste ou périenchondrome. C'est cette dernière forme qu'on observe presque exclusivement à la mâchoire supérieure, où le périenchondrome se développe, tantôt dans la fosse canine, tantôt sur le bord alvéolaire, ou même au niveau de

la branche montante. L'enchondrome ou chondrome central se développe surtout à la mâchoire inférieure.

Étiologie. — Comme le fibrome, l'enchondrome des mâchoires s'observe presque exclusivement chez des sujets jeunes. Les causes intimes de son développement nous sont inconnues.

Symptômes et diagnostic. — Les chondromes ont une marche lente; ils ne s'accompagnent généralement que de peu de douleurs. Toutefois ils peuvent donner lieu à des névralgies dentaires, et tôt ou tard ils déterminent l'ébranlement et la chute des dents. La tumeur peut atteindre un volume considérable, et entraîner la gêne de la mastication et de la déglutition. Elle a pu causer même la mort par asphyxie. La consistance de la tumeur est très dure; quelquefois même, elle est tout à fait osseuse en certains points, car il n'est pas rare d'observer la calcification et l'ossification partielles de semblables tumeurs. Dans d'autres points, au contraire, la consistance est molle; ce qui est dû à la production de kystes et à la transformation muqueuse, qui ne sont pas rares non plus, dans l'intérieur de ces tumeurs. Contrastant avec le volume énorme que peuvent atteindre les chondromes, il faut signaler l'absence d'ulcérations et d'hémorragies, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la longue conservation de l'état général. Ce sont surtout ces derniers caractères qui permettront de les distinguer des tumeurs malignes, telles que l'épithélioma et le sarcome.

Pronostic. — L'enchondrome des mâchoires a une bénignité relative; c'est-à-dire qu'il n'a pas grande tendance à se généraliser et à envahir les ganglions. Mais, extirpé d'une manière insuffisante, il récidive sur place avec une grande ténacité. Il est d'ailleurs des formes mixtes, comme le chondrosarcome, qui ont toute la gravité des tumeurs malignes.

D. — OSTÉOMES

Nous devons répéter à propos des ostéomes ce que nous avons dit déjà à propos des fibromes, savoir que souvent ces tumeurs ont été confondues avec les odontomes. Certaines tumeurs considérées comme des ostéomes éburnés du maxillaire inférieur n'étaient autre chose que des odontomes; et réciproquement, certaines tumeurs dites ostéomes spongieux se rapportaient à des tumeurs primitivement

molles (fibromes, chondromes) ayant subi la métamorphose calcaire.

Tantôt les ostéomes se développent superficiellement au-dessous du périoste, tantôt ils débutent par l'intérieur même de l'os. A la mâchoire supérieure, les ostéomes peuvent être limités au bord alvéolaire ou à la branche montante de l'os; à la mâchoire inférieure, on les rencontre assez souvent au niveau de l'angle de la mâchoire.

Les ostéomes, comme les fibromes et les chondromes, sont des tumeurs du jeune âge. Les irritations causées par les affections du système dentaire ont une influence manifeste sur leur développement. Dans d'autres cas, ces tumeurs sont d'origine traumatique. C'est surtout au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur qu'on rencontre des exostoses syphilitiques.

La consistance extrêmement dure de ces tumeurs, leur forme lisse et arrondie, leur marche lente, sont les signes qui permettent de les reconnaître. Elles sont habituellement indolentes; quelquefois cependant elles s'accompagnent de violentes douleurs, qui pourraient les faire confondre avec des tumeurs malignes.

E. — SARCOMES

De toutes les tumeurs des maxillaires, les sarcomes sont les plus fréquentes. Tantôt ils se développent au centre même de l'os (sarcomes centraux); tantôt ils naissent sous le périoste (sarcomes périphériques ou périostiques). Enfin, dans certains cas, ils forment sur le bord alvéolaire la variété la plus fréquente d'épulis. Nous examinerons successivement chacune de ces formes de l'affection.

Les sarcomes centraux ou intra-osseux se développent en écartant les deux lames du maxillaire; puis, au bout d'un certain temps, l'une de ces lames est perforée et la tumeur devient libre dans la cavité buccale. Parmi les sarcomes intra-osseux, la variété la plus fréquente est le sarcome myéloïde, qui, sous le titre de tumeur à myéloplaxes, avait été d'abord considéré comme une classe à part, distincte de celle des sarcomes.

M. Robin, le premier, montra que certaines tumeurs des os sont presque entièrement formées de ces plaques à noyaux multiples ou myéloplaxes qu'on trouve à l'état normal dans la moelle des os; de là le nom de tumeurs à myéloplaxes. Paget, de son côté, les décrivit