

solide, de coloration variable dans ses diverses parties, formé au centre de couches dures et irrégulières, à la périphérie d'un amas de petits grains semblables à du grès. Chez le sujet observé par Dupuytren, il existait un grand nombre de corps formés d'une substance osseuse ou crétacée. Chez le malade opéré par Forget, c'était une masse de la forme et du volume d'un œuf de dinde, de consistance éburnée, et dont la face correspondant à la gencive présentait l'aspect de l'émail; il y avait, de plus, dans le kyste plusieurs dents irrégulièrement étagées.

**4° KYSTES A CONTENU LIQUIDE ET SOLIDE.** Les uns sont uniloculaires, les autres multiloculaires. Dupuytren a rencontré un kyste renfermant à la fois de la sérosité sanguinolente et une masse solide analogue à l'*adipocire*. Dans un autre cas, il constata la présence simultanée d'une sérosité jaunâtre et d'une masse fibro-celluleuse. A. Forget cite une femme chez laquelle la moitié du maxillaire inférieur fut désarticulée; la tumeur était formée par une vaste cavité à parois ostéo-fibreuses, contenant plusieurs kystes; trois d'entre eux, de la grosseur d'un œuf, étaient remplis d'une matière semblable à la synovie épaissie et rougeâtre. Il existait de plus une infinité de petites cavités cloisonnées par des lamelles osseuses, pleines d'un liquide grisâtre ayant la consistance du suc de raisin.

**Causes.** Un fait sur lequel tous les chirurgiens s'accordent, est que les kystes de la mâchoire inférieure se montrent surtout pendant l'enfance ou l'adolescence, et se rattachent à des anomalies de nutrition et de développement des follicules dentaires et de leurs divers éléments organiques, ou bien à des anomalies de position des dents. Cette opinion a été développée surtout par A. Forget; ce chirurgien a inféré de ses dissections que les kystes ne tirent pas leur origine du canal dentaire, parce que, alors même que ce canal a été trouvé élargi, il ne communique pas avec la cavité du kyste; ou tout au moins cette communication ne s'établit qu'à l'époque où le kyste a pris un grand accroissement. L'opinion de A. Forget sur le point de départ des kystes est conforme à la théorie émise par E. Guibout, Duchaussoy et Broca. D'après ce dernier, la grande majorité des kystes des mâchoires sont des kystes du *follicule dentaire*, et ont pour période de formation l'une des phases de l'évolution intrafolliculaire elle-même. Suivant Magitot, certains kystes ont pour point de départ le périoste osseux. Duchaussoy rend compte de la formation de kystes à contenu solide par le séjour de quelque dent dans l'épaisseur de la mâchoire, la déviation du mouvement nutritif, par suite de laquelle la substance dure de la dent se modifie et s'hypertrophie, et quelquefois se fragmente en dilatant la cavité qui recèle l'ostéide.

On a aussi attribué un certain rôle, sur le développement des kystes, à des coups, des chutes, des violences de toute sorte exercées sur l'os maxillaire, à l'avulsion des dents, à la carie dentaire.

**Symptômes.** Les kystes du maxillaire inférieur se présentent sous la forme d'une tumeur située tantôt au niveau, tantôt à une certaine distance de l'arcade alvéolaire, dure au début, augmentant progressivement de volume, sans être accompagnée pendant cette évolution de douleurs, ce

que A. Forget explique par l'indépendance du kyste avec le nerf dentaire inférieur. A une période plus avancée, alors que les lamelles osseuses qui limitent la poche se sont amincies, la tumeur se ramollit par places, et si elle renferme un produit liquide, elle donne par la pression qu'on exerce sur ses parois la sensation de *crépitation parcheminée*; dans les mêmes points on peut alors percevoir une sensation d'élasticité ou de fluctuation. Quand le kyste ne renferme que des produits solides, on ne retrouve plus ni la fluctuation, ni même la sensation de crépitation parcheminée. A mesure que la tumeur s'accroît, si elle se porte du côté de la bouche, elle refoule la langue dont les mouvements sont gênés. A. Forget a vu sur deux malades, opérés par Lisfranc, des adhérences s'établir entre la tumeur et la paroi correspondante du pharynx. En même temps qu'elle se porte en arrière, la production morbide fait une saillie plus ou moins considérable en avant, d'où une difformité de la portion correspondante de la face.

**Diagnostic.** Il est obscur dans la première période, alors qu'il n'existe qu'une tuméfaction mal circonscrite du tissu osseux du maxillaire; on peut alors croire au développement d'une exostose, d'une hyperostose, d'un ostéosarcome. Plus tard, et si c'est un kyste à contenu liquide, si les parois amincies de la tumeur donnent à la pression la sensation de *crépitation parcheminée*, si on perçoit de la fluctuation, le diagnostic est moins embarrassant. Toutefois, même dans ce cas, une ponction exploratrice avec un gros trocart achève de dissiper toute incertitude. Pour les kystes multiloculaires et les kystes multiples, on a recours aux mêmes données. Dans ces diverses variétés, on a égard, pour distinguer la tumeur d'un ostéosarcome, à l'âge peu avancé du sujet, à la conservation de la santé alors même que le kyste est devenu très-volumineux, au défaut d'adhérences de la tumeur avec les téguments, à l'absence d'engorgement ganglionnaire. Ces derniers caractères sont les seuls qui permettent de distinguer du cancer de la mâchoire les kystes qui ne renferment que des produits solides. Les kystes uniloculaires à contenu liquide se distinguent, en raison de leur fluctuation, des fibroïdes enkystés; mais dans les kystes multiloculaires, la sensation de fluctuation étant plus rare, la distinction avec les corps fibreux enkystés est plus difficile: d'après A. Forget, les kystes qui renferment des fibroïdes sont généralement circonscrits et limités au corps de la mâchoire; les kystes multiloculaires envahissent à la fois le corps, la branche et le col du maxillaire inférieur.

**Pronostic.** Il est toujours grave, en raison de la mutilation plus ou moins étendue qu'il faut faire subir au maxillaire pour guérir le mal.

**Traitement.** Il varie en raison du volume du kyste:

Si un kyste à *contenu liquide* est peu volumineux et très-rapproché du bord alvéolaire, si une ou plusieurs dents sont branlantes, on les arrache. Quelquefois l'avulsion des dents suffit pour procurer un écoulement au liquide renfermé dans la poche. Si cette opération est insuffisante, on pénètre dans la poche avec un poinçon qui ouvre le fond des alvéoles. Reste, pour compléter la guérison, à introduire journellement dans la poche des boulettes de charpie, afin d'oblitérer la cavité anormale.

Si un kyste à contenu liquide est éloigné de l'arcade alvéolaire, si la tumeur se prolonge jusque dans la branche de la mâchoire, et que les dents soient intactes, il faut ouvrir la poche largement par une incision pratiquée de préférence du côté de la bouche, afin d'éviter une cicatrice extérieure. Le contenu du kyste ayant été évacué, on lave la cavité à grande eau et on y introduit journellement des boulettes de charpie pour obtenir une guérison par suppuration. Pour éviter que le pus sécrété par la poche ne soit avalé pendant les repas, on peut se servir d'un obturateur.

Les kystes multiloculaires et les kystes multiples peuvent aussi être traités par le moyen précédent, en ayant soin de pratiquer une incision sur chaque bosselure. Toutefois ce traitement échoue le plus souvent, et il est préférable de pratiquer la résection de la portion de mâchoire où le kyste s'est développé.

Quant aux kystes à contenu solide, on peut aussi, après avoir ouvert largement la cavité osseuse avec la gouge et le maillet, enlever le produit contenu, et chercher à obtenir une fermeture de la poche après suppuration; mais la résection partielle de la mâchoire est encore préférable. Cette dernière pratique convient également aux kystes multiloculaires à contenu mixte.

#### ARTICLE V.

##### Tumeurs cancéreuses de la mâchoire inférieure.

**Variétés.** Quelquefois le cancer débute par les parties molles qui recouvrent la mâchoire, et celle-ci n'est envahie que secondairement. Ou bien la dégénérescence cancéreuse se montre d'emblée dans le maxillaire, et alors c'est tantôt par le fond d'une alvéole que commence le mal, tantôt par le corps de l'os. Dans ce dernier cas, le cancer revêt l'une des formes que nous avons indiquées à la page 444 du tome I de cet ouvrage, suivant que le mal naît aux dépens du périoste et des couches osseuses superficielles, dans les cellules de la substance spongieuse de l'os, ou par le névrilème du nerf dentaire inférieur. La nature du tissu cancéreux est variable : indépendamment des variétés indiquées à l'occasion du cancer du maxillaire supérieur (voy. page 341 de ce volume), on trouve parfois dans le corps de l'os la forme *colloïde* (Vidal), ou un tissu érectile semblable à celui des tumeurs sanguines des os (t. I, p. 439).

Lorsque l'ostéosarcome atteint le corps de la mâchoire inférieure, c'est dans une hauteur plus ou moins considérable; quelquefois il commence vers le bord inférieur, d'autres fois il se montre simultanément au niveau de ce bord et sur les deux faces de l'os. Chez d'autres sujets, c'est la branche seule de la mâchoire qui est prise, ou bien encore le corps et la branche à la fois. Il est rare que la dégénérescence occupe simultanément les deux moitiés du maxillaire; beaucoup plus rare encore, que le cancer envahisse à la fois le maxillaire inférieur et le supérieur.

**Causes.** Elles sont obscures. L'ostéosarcome se développe de préférence

chez les sujets de quarante à cinquante ans. L'influence de la carie dentaire, des lésions traumatiques de toutes sortes, est loin d'être prouvée.

**Symptômes.** Ils varient en raison du siège primitif du mal :

Si le cancer se développe au voisinage du rebord alvéolaire, il se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, bosselée, recouverte par la muqueuse buccale. Celle-ci est d'abord saine; mais au bout d'un certain temps elle s'ulcère, et la tumeur fournit une suppuration de mauvaise nature, en même temps qu'elle est le siège d'hémorragies répétées. Les dents s'ébranlent de bonne heure dans leur alvéole et finissent par tomber.

Lorsque le cancer prend naissance dans le fond d'une alvéole, les dents vacillent et tombent plus tôt, et après la chute de ces ostéides on aperçoit une tumeur entourée de tous côtés par la cavité osseuse alvéolaire. Bientôt le mal s'étend au corps de la mâchoire.

L'ostéosarcome du corps ou de la branche du maxillaire inférieur forme une masse plus ou moins volumineuse, bosselée, soulevant d'une part les téguments, s'étendant de l'autre vers l'arcade dentaire; à mesure que la production morbide se porte dans ce dernier sens, les gencives deviennent rouges, saignantes; les dents, d'abord ébranlées dans leurs alvéoles, finissent par tomber. La tumeur est tantôt indolente pendant un certain temps, tantôt très-douloureuse dès le début, ce que l'on explique par les connexions avec le nerf dentaire inférieur. Lorsque le cancer se développe aux dépens du périoste ou des couches osseuses subjacentes, la tumeur contracte de bonne heure des adhérences avec les téguments et se propage au plancher buccal et parfois même à la langue. Les veines sous-cutanées et cutanées subissent une dilatation plus ou moins considérable et la peau finit par s'ulcérer. Le cancer est-il au contraire *interstitiel*, les téguments restent intacts plus longtemps, les lames osseuses s'écartent et donnent lieu, après leur amincissement, à cette *crépitation parcheminée* que nous avons signalée pour les kystes du maxillaire. Il arrive un moment où le tissu osseux est complètement résorbé; la production morbide n'est plus alors recouverte que par les téguments et elle se comporte ultérieurement comme le cancer périostique.

Abandonné à lui-même, le cancer du maxillaire inférieur tend incessamment à faire des progrès; la tumeur se porte du côté de la cavité buccale et détermine des troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation. Il se termine par l'ulcération des tissus, l'engorgement et l'infiltration cancéreuse des ganglions lymphatiques du voisinage. La mort en est la terminaison fatale; elle arrive par cachexie cancéreuse, l'épuisement occasionné par les hémorragies, l'insuffisance d'alimentation.

Le pronostic est toujours grave; les chances de récidive sont subordonnées à l'espèce de tissu qui forme la tumeur (voy. page 341 de ce volume).

**Diagnostic.** Il est obscur dans la première période; alors il est possible de croire à l'existence d'une ostéite, d'une exostose, d'une hyperostose, ou à la formation d'un produit de nature bénigne, fibrome, kyste. Il est surtout une variété d'ostéite que l'on a parfois confondue avec l'ostéosarcome :