

dans la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la préparation des allumettes chimiques.

Quant au traitement de la nécrose en elle-même, deux opinions se sont fait jour à cet égard, l'une défendue surtout par les chirurgiens allemands, Billroth en particulier, et son élève Haltenhoff; l'autre appartenant aux chirurgiens français, formulée par M. Trélat dans sa thèse, et défendue à la Société de chirurgie par MM. Maisonneuve, Verneuil et A. Guérin. Tandis que ces derniers chirurgiens attendent, pour opérer l'extraction du séquestre, que celui-ci soit mobile, Billroth conseille d'opérer prématurément, en faisant de larges résections de la mâchoire. Mais, outre qu'on s'expose à sacrifier trop de parties en agissant ainsi, on observe encore de fréquentes récidives, parce que la maladie, qui n'est pas encore limitée, continue son évolution.

Ce n'est que dans les cas où le malade est épuisé par l'abondance de la suppuration qu'on serait autorisé à opérer avant la mobilisation du séquestre, pour éviter la mort par infection putride.

III

NEOPLASMES OU TUMEURS DES MACHOIRES.

Les maxillaires, comme les autres os, peuvent présenter un certain nombre de tumeurs dont le point de départ est le système osseux; mais, en outre, la présence des dents dans leur épaisseur donne naissance à certaines variétés très importantes de néoplasmes. Les dents, à toutes les périodes de leur évolution, peuvent être le point de départ de tumeurs des mâchoires. Chez l'adulte, les altérations pathologiques des dents complètement développées causent certaines tumeurs des maxillaires. Mais les anomalies de développement du système dentaire leur donnent encore plus fréquemment naissance. Il est donc nécessaire, pour comprendre la pathogénie de ces tumeurs, d'avoir présentes à l'esprit les notions principales de développement du système dentaire.

Résumé du développement du système dentaire. — Les dents sont des produits d'origine épithéliale, qui se développent aux dépens du bourrelet épithélial qui tapisse les arcs maxillaires. Ce

bourrelet épithélial pousse dans la profondeur de l'arc maxillaire un prolongement connu sous le nom de lame épithéliale, qui est le point de départ de l'émail de la dent future. En même temps s'avance de bas en haut un bourgeon ou bulbe dentaire qui refoule l'organe de l'émail au-devant de lui et s'en coiffe pour ainsi dire, absolument comme la papille refoule le bulbe du poil.

Bientôt du pourtour du bulbe dentaire on voit se détacher une membrane qui, s'élevant de bas en haut et se recourbant de dehors en dedans, finit par envelopper complètement et le bulbe dentaire et l'organe de l'émail, dérivé, comme nous l'avons déjà dit, de l'épithélium buccal. Ainsi se trouve constitué un véritable sac auquel on donne le nom de follicule dentaire, composé d'une paroi fibro-celluleuse et renfermant dans son intérieur l'organe de l'ivoire et l'organe de l'émail, aux dépens desquels vont se développer les éléments définitifs de la dent. Ce qu'il importe surtout de bien préciser pour comprendre la pathogénie des tumeurs d'origine dentaire, ce sont la constitution et les modifications successives que va subir le follicule dentaire pour aboutir à la formation de la dent.

La paroi folliculaire ne constitue pas un sac complet; elle manque à la partie profonde, dans le point où le bulbe dentaire pénètre dans l'intérieur du follicule; c'est par là que s'introduisent dans la cavité folliculaire les vaisseaux et les nerfs qui vont nourrir la dent future. Ainsi disposé, le follicule dentaire est entièrement rempli par le bulbe qui fait saillie dans son intérieur, et par l'organe de l'émail, qui comble l'espace compris entre le bulbe et la paroi folliculaire.

Les diverses modifications qui vont s'accomplir dans l'intérieur du follicule pour aboutir à la formation de la dent ont été rangées par Broca dans les quatre périodes suivantes : 1^o période embryoplastique; 2^o période odontoplastique; 3^o coronaire; 4^o radiculaire.

1^o **Période embryoplastique.** — Dans cette période, les tissus constituants de l'organe de l'émail et de l'ivoire n'ont point encore de caractères particuliers qui permettent de les reconnaître. A part une couche épithéliale continue qui recouvre l'organe de l'émail et double la paroi folliculaire, ce sont des éléments embryonnaires ou fusiformes qu'on retrouve dans tous les tissus en voie de développement. De là le nom de période embryoplastique.

2^o **Période odontoplastique.** — Cette période est caractérisée

par l'apparition des éléments spéciaux qui vont donner naissance aux tissus définitifs de la dent. Ce sont les cellules de la dentine, ou odontoblastes, et les cellules de l'émail.

Les cellules de la dentine constituent dans la couche superficielle du bulbe une rangée unique et continue de cellules allongées, fusiformes, renfermant un noyau et qu'on a pu comparer aux bâtonnets de la rétine. En même temps que se montrent les cellules dentinaires, on voit naître à la face profonde de l'émail, immédiatement au-dessus du bulbe, par conséquent, une couche de cellules spéciales qu'on appelle cellules de l'émail. Ces cellules allongées, rectilignes, rappellent, bien mieux encore que les cellules dentinaires, la disposition des bâtonnets de la rétine. A partir du moment où existent les deux couches de cellules de la dentine et de l'émail, l'appareil odontogénique possède tous les éléments qui concourent à la formation des tissus définitifs de la dent. La dentification commence et l'on passe à la troisième période, ou coronaire.

3^e Période coronaire. — La dentification débute dans les couches les plus superficielles du bulbe, au-dessus des cellules de la dentine. Elle ne s'opère pas d'une façon régulière sur toute l'étendue du bulbe, mais sous forme de plaques isolées répondant à chacun des mamelons de la dent, et appelées chapeaux de dentine. Ces différents chapeaux de dentine arrivent à se rejoindre, et l'ivoire, en se développant de haut en bas, forme la couronne de la dent. En même temps, l'émail se dépose à la surface de l'ivoire, sous forme d'une couche composée de tubes prismatiques, auxquels on donne le nom de prismes de l'émail.

4^e Période radiculaire. — Toute la surface intrafolliculaire du bulbe recouverte d'une couche de dentine, tapissée elle-même par l'émail, constitue la couronne de la dent, dont la limite est marquée par l'insertion du col du follicule. Mais l'ivoire, continuant à se développer en hauteur, forme une nouvelle partie, la racine, elle-même enveloppée par une production nouvelle, le ciment, qui n'est autre chose qu'une mince couche de tissu osseux. Dès lors, le développement de la dent est complet.

Or, que ce développement vienne à être entravé à l'une quelconque des périodes que nous venons d'indiquer, et l'on verra se former chacune des variétés de tumeurs que nous allons étudier. Tantôt ces tumeurs sont solides, et elles portent le nom d'odontomes; tantôt

c'est du liquide qui s'accumule dans le follicule et qui donne naissance aux kystes dentaires. C'est ici le lieu de signaler ces masses épithéliales qui, détachées du cordon épithélial des dents de la première et de la seconde dentition, persistent dans l'épaisseur de la gencive, et tout le long de la racine de la dent dans le périoste ou ligament alvéolo-dentaire. Ces masses épithéliales ont été étudiées dans ces dernières années par M. Malassez qui leur donne le nom de *débris épithéliaux paradentaires* (*Archives de physiologie*, 1885). Nous verrons quelle importance cet auteur leur accorde dans le développement de certains kystes dentaires. Dans un second travail publié dans les *Archives de physiologie de 1885*, M. Malassez va même beaucoup plus loin, et rattache aux débris épithéliaux paradentaires la plupart des tumeurs solides et liquides des mâchoires. Si cette manière de voir était acceptée, elle renverserait tout ce que nous avons à dire de la pathogénie des tumeurs des mâchoires. Nous conserverons cependant l'ancienne description des tumeurs des maxillaires; nous contentant de signaler ici l'opinion de M. Malassez, qui, pour être définitivement admise, a besoin du double contrôle de l'anatomie pathologique et de la clinique.

1^o TUMEURS LIQUIDES OU KYSTES DES MACHOIRES.

Bien que les kystes des mâchoires aient été mentionnés par les anciens chirurgiens, on peut dire que leur histoire est récente. On n'avait aucune idée sur leur pathogénie, lorsqu'en 1816, Delpech, le premier, ayant remarqué que certaines dents entraînaient dans leur extraction de petites poches attenantes à leur racine, émit l'hypothèse que les kystes des mâchoires se développent dans la pulpe dentaire ou dans son cordon vasculo-nerveux. Dupuytren étudia surtout l'affection au point de vue clinique, sans se préoccuper de la pathogénie. En 1840, Forget, dans sa thèse inaugurale, émit l'opinion qu'un certain nombre de kystes des mâchoires sont dus au système dentaire, et siègent dans l'intérieur même des alvéoles; il leur donne le nom de kystes alvéolo-dentaires. Enfin, en 1847, M. Guibout, dans un mémoire publié dans l'*Union médicale*, démontra que certains kystes des mâchoires sont dus à un arrêt de développement du follicule dentaire. Ainsi se trouvait démontrée l'existence des deux grandes

variétés de kystes dentaires; les kystes formés aux dépens d'une dent complètement développée et qui ont reçu de Forget le nom de kystes alvéolo-dentaires, et les kystes qui ont leur origine dans un arrêt de développement du follicule dentaire, et dont la première démonstration a été donnée par Guibout.

Depuis lors l'étude des kystes des mâchoires a été poursuivie par M. Magitot, qui leur a consacré, dans les *Archives de médecine* de 1872-75, un excellent mémoire. Enfin, M. Malassez, en appelant l'attention sur les débris épithéliaux qu'on rencontre autour de la 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'évolution 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 cément 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.

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, terminaisons. — 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, 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 siègera 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, entretiendrait 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'amaigrissement 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'hypergénèse 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 fibroplastiques 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 fibroplastiques 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.