

saignent au moindre contact. Un autre symptôme tout aussi constant est la formation, au niveau des maxillaires ou dans un point quelconque de la face, d'un gonflement inflammatoire des parties molles, qui tantôt précède, tantôt accompagne l'odontalgie. Les douleurs deviennent très violentes; la maladie envahit peu à peu toute l'étendue du maxillaire; les dents, mobiles, branlantes, déchaussées, sont chassées par les phénomènes de la périostite alvéolo-dentaire.

La maladie fait alors de rapides progrès, la tuméfaction inflammatoire gagne une partie de la face. En un ou plusieurs points se forment des abcès qui s'ouvrent soit dans la bouche, soit du côté des parties molles, et après lesquels persistent toujours des ouvertures fistuleuses.

2° *Période d'élimination.* — Lorsque le séquestre est limité, les douleurs et les poussées inflammatoires cessent subitement, il persiste alors un écoulement purulent qui ne se terminera qu'après l'élimination du séquestre. La marche de la maladie est essentiellement lente, la période inflammatoire est de courte durée, mais l'élimination du séquestre demande de longs mois. Pendant cette dernière période, les phénomènes généraux sont différents suivant les malades. Les uns supportent assez bien cette série d'épreuves, leur santé est certainement altérée, cependant ils peuvent continuer leur travail; les autres s'affaiblissent peu à peu et succombent.

Diagnostic. Pronostic. — Les antécédents du malade permettront facilement d'établir les causes et la nature de la nécrose, il est beaucoup moins facile de savoir à quel moment le séquestre est parfaitement mobile.

Le pronostic est très grave: la maladie déterminerait la mort dans le tiers des cas environ (TRÉLAT), dans un sixième seulement (BILLROTH).

Traitement. — Nous ne pouvons insister ici sur les différentes précautions que l'on devrait prendre dans les fabriques en vue d'atténuer les terribles effets du phosphore; en tout cas, il faudra faire comprendre aux malades combien ils ont intérêt à abandonner leurs occupations dès l'apparition des accidents.

Pendant la période inflammatoire, le traitement est semblable à celui de l'ostéo-périostite. Il ne faut pas hésiter à enlever les dents douloureuses, on ouvrira ainsi plusieurs voies à l'écoulement du pus.

A quelle époque doit-on enlever les séquestres? Faut-il attendre qu'ils soient absolument libres ou doit-on intervenir avant leur mobilisation? Les opinions des chirurgiens sont partagées sur ce sujet. Les uns, avec LORINSER, TRÉLAT, veulent que l'on attende que le mal soit parfaitement limité et le séquestre mobile; les autres, avec BILLROTH, font la résection bien avant l'élimination du séquestre. Enfin MAISONNEUVE, VERNEUIL, A. GUÉRIN adoptent une opinion mixte, et conseillent d'attendre la mobilisation du séquestre si les forces du patient le permettent, se réservant d'intervenir à n'importe quel moment si l'état général devenait inquiétant. Quelle que soit la conduite adoptée, on aura soin de prescrire au malade des lavages antiseptiques qu'il devra répéter plusieurs fois par jour, de façon à s'opposer à l'absorption du pus.

4° HYPERTROPHIE DIFFUSE DES OS DE LA FACE

SYNONYME. — Périostose (LEDENTU). — Leontiasis ossea (VIRCHOW).

Bibliographie. — JOURDAIN, *Traité des maladies de la bouche*, 1778. — JADELOT, *Description d'une tête humaine extraordinaire*, Paris, 1799. — HOWSHIP, *Pract. Observ. on Surgery*, 1816. — ILG, *Eurige anatomische Beobachtungen*, Prag, 1811. — RYBELL fils, Th. de Paris, 1823. — STANLEY, *Treatise of the diseases of the bones*, p. 4 et 5, London, 1849. — VIRCHOW, *Pathol. des tumeurs*, Trad. franç., t. II, p. 23. — BIKERSTETH, *Transact. of the Pathol. Society of London*, t. XVII, 1866. — VRANY, *Prager Vierteljahrschrift*, 1867, t. 1^{er}. — GUYON, Article MAXILLAIRE, in *Dict. encycl.*, 2^e série, t. V, p. 344. — LE DENTU, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, t. III, 1879.

Thèse de Paris. — 1884, NANU.

Il existe dans la science un certain nombre de cas d'une affection singulière, caractérisée par une hypertrophie considérable des os de la face. La figure 143,

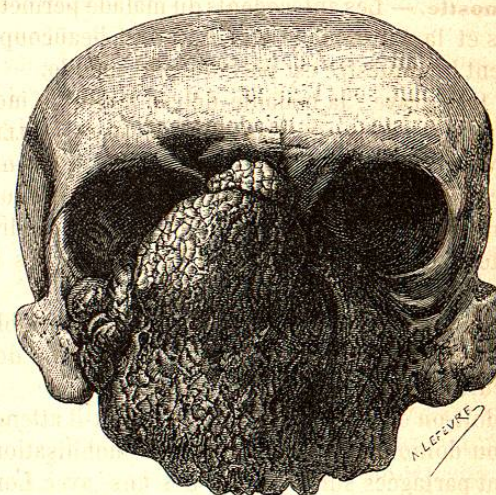


Fig. 143. — Hypertrophie des os de la face. (Musée de Val-de-Grâce.)

qui reproduit assez exactement une pièce déposée par l'un de nous au musée du Val-de-Grâce, en montre un exemple remarquable. Le musée Dupuytren et le musée du Collège des chirurgiens de Londres possèdent chacun un crâne semblable.

Les cas publiés jusqu'à ce jour se divisent en trois groupes: 1° La lésion a débuté par les os du crâne et y est restée circonscrite (faits de MALPIGHI, W. CRÜLER, VIRCHOW). 2° L'affection s'est développée aussi bien à la face qu'au crâne (faits de RIBELL, JADELOT, CRUVEILHIER, HOWSHIPP, BICKERSTETH, VRANY,

LE DENTU). 3° Les os de la face seuls sont envahis par l'hypertrophie, circonstance rare. D'après LE DENTU, l'hypertrophie, limitée aux os de la face, ne serait qu'une des premières phases de la maladie.

L'hypertrophie débute d'ordinaire par le maxillaire supérieur, très rarement par le maxillaire inférieur (cas de LE DENTU). Le gonflement occupe toujours deux points symétriques, il existe ainsi deux tumeurs dont le développement est parallèle, elles se réunissent et finissent par constituer une masse éburnée dans laquelle se trouvent englobés les divers os de la face. Les os du crâne ne seraient envahis que secondairement. Dans le fait observé par LE DENTU, le développement de la tumeur a présenté deux phases bien distinctes. Pendant une première période, le tissu de la nouvelle formation offrait une mollesse élastique à la façon des tissus fibreux condensés en tumeur. L'ossification s'est produite dans une deuxième période par noyaux distincts formant des lobules faciles à délimiter.

La substance osseuse envahit généralement le sinus maxillaire, chasse les dents de leurs alvéoles, et pénètre dans la cavité orbitaire.

La véritable nature de la tumeur est loin d'être établie; VIRCHOW compare cette affection à l'éléphantiasis, et propose de la désigner sous le nom de *léontiasis ossea*; GUYON et MONOD font remarquer avec justesse que les bosselures qui se rencontrent communément à la surface de ces sortes de productions montrent bien la part prise par le périoste à leur développement, et pour eux l'hypertrophie des maxillaires est, dans son essence, une inflammation du périoste. Pour LE DENTU, enfin, sous l'influence de la vitalité très active des os de la face et du crâne qui existe durant l'adolescence, il se fait dans le périoste une prolifération caractérisée histologiquement par des éléments fusiformes constituant toute la masse des productions nouvelles superposées à l'os ancien. Ce tissu nouveau est voué fatalement à une ossification hâtive qui n'a fait défaut dans aucun cas. L'affection serait une périostose.

Nous ignorons absolument les causes déterminantes de cette maladie; dans tous les cas connus, sauf un, elle s'est développée sur des adolescents ou des jeunes gens.

L'hypertrophie des maxillaires, indolore par elle-même, donne lieu quelquefois à des douleurs très vives dues à la compression des troncs nerveux. Les souffrances affectent la forme de crises. L'odorat, l'ouïe, la vue sont successivement abolis, l'alimentation devient impossible, et les malades meurent d'épuisement progressif, ou à la suite de troubles cérébraux: jusqu'à ce jour, nous sommes impuissants devant cette redoutable maladie.

§ 3. — Tumeurs des maxillaires

1° KYSTES DENTAIRES

Bibliographie. — GUIBOUT, *Union méd. et Soc. anat.*, 1847. — PAGET, *Surgical Path.*, t. II, p. 40, 90, 1855. — FORGET, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. III, 1852-53. — MAGITOT, *Mém. sur les tum. du périoste dent.*, 1860. — GOSSELIN, *Gaz. des Hôp.*, 1864. —

DOLBEAU, *Ibid.*, 1865. — MAGITOT, *Arch. gén. de méd.*, 1873 et *Gaz. hebdom.*, 1876. — CHARCOT, *Arch. de méd.*, 1881. — TERRILLON, *Soc. de chir.*, 1881. — MAGITOT, *Soc. de chir.*, 1882. — MALASSEZ, NEPVEU, MAGITOT, *Soc. de biologie*, 1884. Thèses de Paris. — 1840, FORGET. — 1857, DUCHAUSSOY (Agrég.) — 1865, GLÉNÉREAU. — 1874, RAYNAUD. — 1878, CHIRON, PÉRIER.

Historique. — Signalés pour la première fois au siècle dernier par RUNGE, 1755; BORDENAVE et JOURDAIN, 1778; les kystes des mâchoires ont été bien étudiés dans le cours de notre siècle par DUPUYTREN, qui en a décrit les symptômes et indiqué le traitement. Plus tard FORGET, puis GUIBOUT ont établi le mode de développement de ces tumeurs, enfin MAGITOT, en 1873, a présenté l'histoire complète de cette affection.

Divisions. Les kystes dentaires se divisent en kystes folliculaires et kystes périostiques. Les premiers résultent d'une anomalie survenue pendant le développement du follicule dentaire. Généralement on trouve dans leur intérieur des dents ou des rudiments de dents, aussi les auteurs anglais les nomment-ils kystes dentifères, désignation que leur a conservée GUYON. — Les kystes périostiques, encore appelés kystes des racines, ont pour origine le périoste alvéolo-dentaire. Les kystes de la première catégorie peuvent se développer

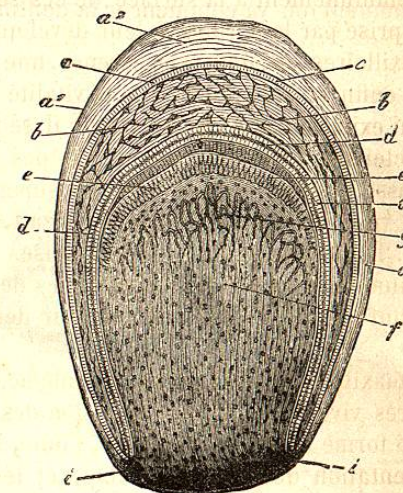


Fig. 144. — Sac dentaire d'un veau.

a. Sac dentaire — a¹, a², parties centrales et périphériques du sac, — b, cellules étoilées de l'organe de l'émail, — c, épithélium externe de l'organe de l'émail, — d, épithélium interne de l'organe de l'émail, — e, odontoblastes, — f, bulbe de l'ivoire ou papille, — g, vaisseaux du bulbe de l'ivoire, — i, point où le sac se confond avec la base de la papille de l'ivoire.

à une époque quelconque de l'évolution du follicule dentaire, de là différentes dénominations sur lesquelles nous reviendrons.

Siège. — Les kystes folliculaires se rencontrent habituellement sur la partie alvéolaire des mâchoires, mais on en a observé sur la branche montante du maxillaire inférieur (MARJOLIN, BARUE); dans la fosse canine, sur le rebord orbitaire (BLASIUS, DUBOIS); dans la voûte palatine (DUPUYTREN, MAGITOT). Ces

tumeurs s'étaient développées au dépens d'un follicule qui avait subi un déplacement : (*Hétérotopie folliculaire. Kyste hétérotopique*). Les kystes périostiques prennent tous naissance dans une cavité alvéolaire, mais par suite de leur accroissement ils peuvent occuper diverses régions, en particulier la cavité du sinus maxillaire.

Pathogénie. — a. *Kystes folliculaires.* — Le développement de ces kystes est intimement lié à l'évolution des dents : le mécanisme de leur formation a été bien étudié par BROCA, dont la description est restée classique.

Les dents se forment aux dépens d'un organe, le follicule dentaire qui se compose : 1° d'une paroi ou sac dans lequel on trouve le bulbe dentaire ou germe de l'ivoire; 2° l'organe ou germe de l'émail (fig. 144).

Pendant la première période du développement des dents, dite période *embryo-plastique*, l'organe de l'émail et le bulbe forment encore une gangue molle et amorphe; que par une cause quelconque un kyste vienne alors à se produire, ces organes seront aplatis contre la paroi par la pression du liquide, et à l'ouverture du sac on pourra trouver dans son intérieur des amas de cellules épithéliales, mais pas de trace de dents ou de rudiments de dents.

La deuxième période du développement des dents, dite période *odonto-plastique*, correspond au moment où va commencer la dentification; les cellules

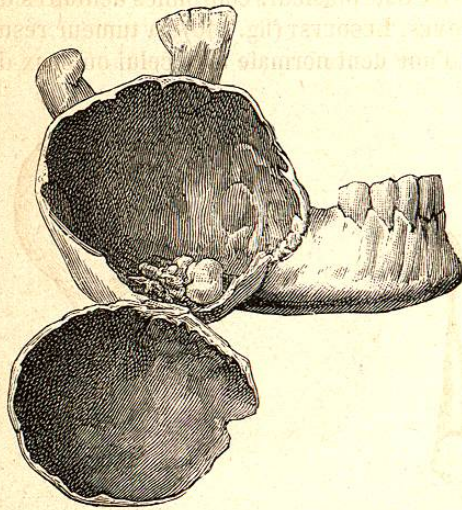


Fig. 145. — Kyste de la branche droite du maxillaire inférieur dont la cavité est rendue visible par la résection circulaire de la paroi externe. — Une dent molaire enclavée dans le tissu osseux fait relief au fond du kyste. Figure empruntée à FORCET.

dentinaires apparaissent à la périphérie du bulbe, les cellules de l'émail à la partie profonde de l'organe de ce nom. Un kyste se développant à cette période trouvera le bulbe encore mou et fragile, cet organe se laissera donc refouler et comprimer, mais les cellules dentaires conservant leur propriété de produire de l'ivoire, à l'ouverture de la tumeur on pourra trouver dans son intérieur ou sur ses parois, des débris d'ivoire formant des masses plus ou moins volumineuses.

La troisième période, dite *coronaire*, est caractérisée par la formation de la couronne. La paroi du sac est encore adhérente au collet de la dent, elle abandonne bientôt la couronne pour recouvrir les racines dont elle constitue le périoste. Un kyste se formant à cette période distendra le sac, et à l'ouverture on trouvera dans son intérieur une couronne dentaire plus ou moins volumi-

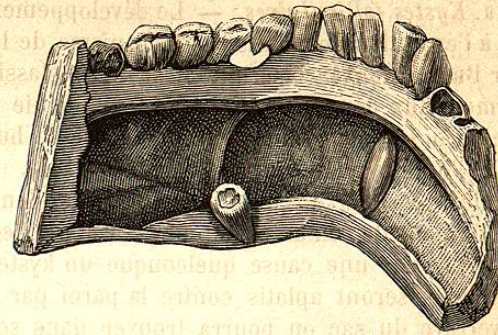


Fig. 146. — Kyste du maxillaire inférieur avec deux dents incluses. (Musée du Val-de-Grâce.)

neuse. Cette couronne est libre dans l'intérieur de la cavité ou adhérente à ses parois, suivant que la racine de la dent avait déjà commencé à se former ou non (fig. 145). Parfois il existe plusieurs couronnes dentaires dans un seul kyste, faits de MARJOLIN, TOMES, LEGUEST (fig. 146); la tumeur résulterait alors de la réunion du follicule d'une dent normale avec celui ou ceux d'une ou plusieurs

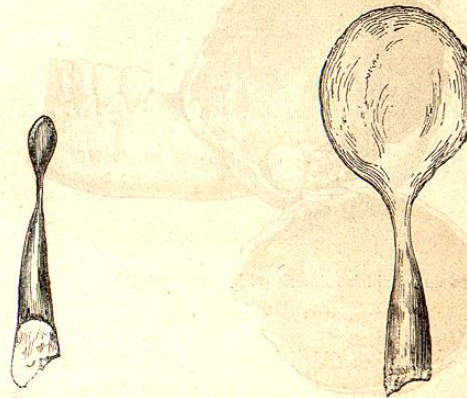


Fig. 147. — Kyste du sommet d'une petite molaire première période. (COLEMAN.)

Fig. 148. — Kyste du sommet d'une petite molaire deuxième période. (COLEMAN.)

dents surnuméraires (BROCA). Nous avons donc ainsi trois variétés de kystes folliculaires qui portent le nom de la période de l'évolution dentaire à laquelle ils correspondent : 1° kystes embryo-plastiques; 2° kystes odonto-plastiques; 3° kystes coronaires. — Ces derniers sont de beaucoup les plus fréquents.

b. *Kystes périostiques.* — Tout autre est la pathogénie des kystes périost-

tiques. Ils se développent toujours sur une dent parvenue à son complet développement, et résultent de la formation et de l'accumulation de liquide entre le périoste alvéolo-dentaire et la racine. Généralement ces kystes sont consécutifs à une périostite alvéolo-dentaire; sous l'influence de l'inflammation le périoste s'épaissit, devient fongueux, quelques gouttes de pus se collectent entre lui et la dent, si ce pus ne trouve pas à s'écouler, le kyste ne tardera pas à grandir et à s'augmenter (fig. 147 et 148). Plusieurs dents que nous avons enlevées portaient ainsi appendue à leur extrémité une petite tumeur pyriforme qui était un kyste en voie de développement; l'une d'elles, examinée par KIENER, présentait déjà une organisation complète et était constituée par une couche d'épithélium.

L'opinion de MAGROT, d'après lequel les kystes que nous étudions seraient toujours formés aux dépens du périoste, est loin d'être admise par tous les auteurs. D'après MALASSEZ, les kystes des mâchoires se développent dans de petites

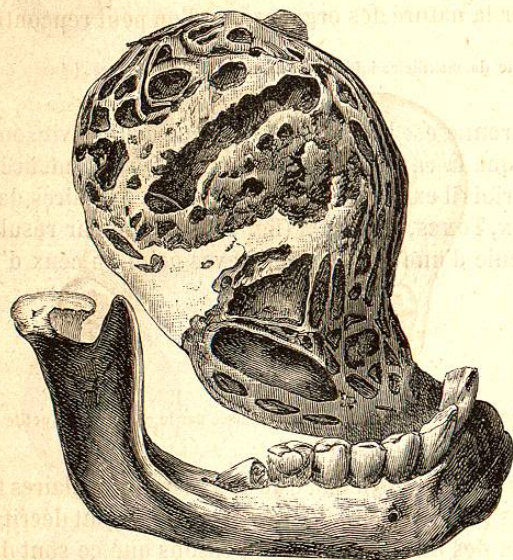


Fig. 149. — Kystes du maxillaire inférieur, branche montante. (Musée du Val-de-Grâce.)

cavités tubuleuses, tapissées d'épithélium, qui partent de la racine de la dent pour se diriger dans la profondeur du maxillaire. Ces cavités représentent les vestiges de l'organe transitoire désigné sous le nom de *gubernaculum dentis*. Cette manière de voir est partagée par VERNEUIL et ses élèves, nous verrons que ces auteurs font encore dériver l'épithélioma térébrant des mâchoires de ce même gubernaculum.

Les kystes périostiques ont généralement une tendance manifeste à se porter du côté des parties molles. Au maxillaire supérieur cependant, les choses se passent souvent d'une façon différente. Les racines de plusieurs dents se trouvent en contact avec l'antra d'Hygmore, quelques-unes même pénètrent dans son

intérieur. Or, supposez un kyste au sommet de la racine d'une de ces dents, il trouvera vide la cavité du sinus et s'y développera.

Anatomie pathologique. — a. *Paroi du kyste.* — La paroi d'un kyste dentaire est constituée de l'extérieur à l'intérieur par le périoste recouvert des parties molles, l'os aminci, enfin le sac. La paroi osseuse d'ordinaire fort mince, dépressible, peut manquer totalement par place : la poche, d'après MAGROT, est une trame fibreuse lâche, formée de fibres lamineuses, enchevêtrées, mélangées à des capillaires plus ou moins abondants, sa face interne est tapissée par un épithélium polyédrique stratifié en deux ou trois couches superposées, composées de cellules pourvues d'un ou deux noyaux, et renfermant fréquemment de nombreuses granulations graisseuses.

b. *Contenu.* — On trouve habituellement dans ces tumeurs un liquide fluide, transparent, jaune citrin, quelquefois louche et purulent ou épais, filant, d'aspect sirupeux (kystes mélicériques). La quantité de liquide ainsi accumulé varie; DUPLAY en a retiré jusqu'à 300 grammes d'un seul et même kyste. Nous ne reviendrons pas sur la nature des organes que l'on peut rencontrer dans leur ca-

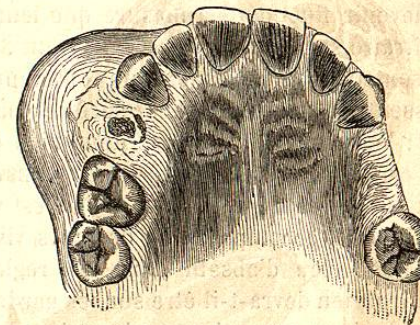


Fig. 150. — Tumeur kystique du maxillaire supérieur causée par le chicot d'une petite molaire. (COLEMAN.)

vité; nous devons signaler l'existence de kystes multiloculaires formant de volumineuses tumeurs (fig. 149), certains chirurgiens les ont décrits sous le nom de tumeurs kystiques des mâchoires, nous pensons que ce sont des sarcomes.

Symptômes. — Le kyste dentaire constitue une tumeur de forme et de volume variables, qui fait saillie tantôt dans la bouche, tantôt du côté des parties molles de la face, enfin dans ces deux directions à la fois (fig. 150). Les kystes folliculaires dont l'origine remonte à la première enfance, acquièrent généralement un volume plus considérable que ceux qui se développent à l'âge adulte (kystes périostiques). Les premiers se forment sans donner lieu à aucune douleur; la périostite alvéolo-dentaire étant la cause des seconds, ils sont toujours au début accompagnés de vives souffrances; d'ordinaire le chirurgien ne peut observer ces productions que lorsqu'elles ont acquis un certain volume. La tumeur présente alors un ensemble de caractères bien nets : elle fait corps avec l'os; les téguments, à moins qu'il ne se soit déjà formé des fistules, glissent facilement au-devant d'elle. Sa consistance est variable; en certains points on constate une résistance considérable, sur d'autres une fluctuation manifeste,