

Le fibro-cartilage interarticulaire disparaît ; le condyle tantôt s'hypertrophie, tantôt s'atrophie, il se transforme en une surface osseuse, noueuse ou conique. La cavité glénoïde s'aplanit par suite de l'épaississement de son fond, elle s'agrandit, devient irrégulière. Autour de l'ostéite, dont ils entravent les mouvements, se développent des stalactites osseuses qui peuvent s'étendre du condyle à l'épine du sphénoïde, à la scissure de Glaser. Enfin fréquemment il existe des corps étrangers dans l'intérieur de la jointure ; dans un cas, Haller en a compté une vingtaine.

Indolente et apyrétique, l'arthrite sèche localisée à l'articulation temporo-maxillaire se traduit par une crépitation légère provoquée par les mouvements de la mâchoire. De temps à autre surviennent des poussées subaiguës ; les mouvements sont douloureux, il existe un peu de tuméfaction au niveau du condyle. Puis, si l'affection s'aggrave, la gêne des mouvements s'accroît et la crépitation se transforme en de véritables craquements qui tendent à disparaître lorsque survient la terminaison par ankylose.

Lorsque l'affection intéresse plusieurs jointures, la réaction générale et locale est plus considérable ; il y a de la fièvre ; les mouvements de la mâchoire sont gênés ou même complètement empêchés par la douleur qu'ils exaspèrent au niveau de l'articulation temporo-maxillaire. L'inflammation peut se résoudre avec une grande rapidité sans laisser après elle aucune trace apparente, mais on peut s'attendre à ce que l'articulation soit envahie de nouveau ; ce n'est souvent qu'après plusieurs poussées consécutives qu'on observe la crépitation et la gêne des mouvements symptomatiques de l'arthrite sèche (Duplay).

Le traitement ne saurait différer de celui qui a été indiqué pour l'arthrite sèche en général, seule l'ankylose consécutive de l'articulation temporo-maxillaire fournit quelques indications thérapeutiques dont il sera question plus loin.

TUMEURS DES MACHOIRES

Groupés d'après le siège anatomique de leur point de départ, les néoplasmes des mâchoires peuvent être répartis en *tumeurs des gencives et du bord alvéolaire*, *tumeurs du corps des maxillaires*, *tumeurs du sinus maxillaire*, et *tumeurs de la voûte palatine*. Nous devons laisser de côté les tumeurs des deux derniers groupes, étudiées par A. Castex avec les autres affections du sinus maxillaire et par Moreslin avec les autres affections du palais. Quant aux autres néoplasmes, il est classique d'en distraire toute une série qui ont pour caractère propre de dériver du système dentaire, de n'exister que dans les maxillaires et cela par suite de l'existence même des dents

dans l'intérieur de ces os. Ce sont les *tumeurs d'origine dentaire*, par opposition avec les autres *tumeurs indépendantes du système dentaire*. Cette classification, croyons-nous, ne repose pas, encore tout au moins, sur une base absolument précise. Avec Heydenreich, on doit en effet reconnaître que les altérations pathologiques des dents peuvent avoir une influence sur le développement des tumeurs du second groupe ; d'autre part, certains néoplasmes, en particulier l'épithéliome, doivent trouver place dans l'un et l'autre groupe.

Un résumé du *processus de développement du système dentaire* est le préluce obligé de l'étude des tumeurs des mâchoires, il en éclaire la pathogénie (fig. 233).

DÉVELOPPEMENT DES DENTS. — Vers le quarantième ou quarante-cinquième jour de la vie intra-utérine, il se forme sur toute la longueur du bord gingival des deux mâchoires, aux dépens de l'épithélium qui le tapisse, un *bourrelet épithélial*. De la partie profonde de ce bourrelet émane une bande épithéliale qui s'enfonce dans le tissu embryonnaire du maxillaire, présentant une face légèrement convexe vers l'intérieur de la bouche.

De cette face se détache perpendiculairement une saillie, c'est la *lame épithéliale*, dont le bord libre s'incurve un peu en forme de crosse et se couvre de distance en distance de petits *bourgeons*, germes des dents futures. En s'allongeant, ces bourgeons se décomposent en une partie renflée : l'*organe adamantin* ou *organe de l'émail*, et un pédicule qui conserve son attache avec la lame épithéliale, c'est le *cordons folliculaire*. Ainsi constitués, les bourgeons se dirigent d'abord en dedans, puis directement en bas dans le maxillaire inférieur, en haut dans le supérieur ; puis, une fois arrêté, l'organe de l'émail se déprime en cul de bouteille à son extrémité libre, et tend à recouvrir la *papille* ou *organe de l'ivoire*, ou *bulbe dentaire* (fig. 233, B). Cette papille émanée du tissu conjonctif du maxillaire est donc coiffée peu à peu par l'organe de l'émail qui l'entoure complètement, sauf au niveau de sa base. Enfin l'organe complexe, le *follicule dentaire*, formé par les organes de l'émail et de l'ivoire, s'entoure d'une capsule conjonctive, la *paroi du follicule dentaire* ; cette membrane résulte de la transformation fibrillaire du tissu embryonnaire qui entoure l'organe de l'émail (fig. 233, C). La transformation du tissu, gagnant de la base au sommet du follicule, doit pour se compléter rompre le cordon folliculaire et détacher ainsi le follicule dentaire de la lame épithéliale.

En résumé, le follicule dentaire présente donc un sac muni d'un orifice, pour laisser pénétrer l'organe de l'ivoire avec ses vaisseaux et ses nerfs, et l'espace libre entre cette papille et la paroi interne du sac est occupé par l'organe de l'émail. Autrement il existe donc pour le développement d'une dent deux processus : un *processus épithélial* qui, après avoir formé l'organe adamantin, produit l'émail, et un *pro-*

cessus conjonctif d'où est né le bulbe dentaire et qui ultérieurement fournit l'ivoire, la pulpe et le ciment (fig. 233, D).

Depuis les travaux de Broca, il est classique de répartir en quatre périodes les modifications du follicule dentaire qui aboutissent à la formation de la dent; elles ont reçu les noms de : *période embryoplastique*, *période odontoplastique*, *période coronaire*, *période radiculaire*.

A la *période embryoplastique*, l'organe de l'émail et de la papille sont à peu près exclusivement formés des éléments embryonnaires ou fusiformes qui se retrouvent dans tous les tissus en voie de développement. On ne trouve comme tissu différencié qu'une couche épithéliale, laquelle recouvre l'organe de l'émail sur ses deux faces; celle qui est en contact avec la papille et celle qui est adjacente à la paroi du follicule.

A la *période odontoplastique*, apparaissent les éléments qui doivent former les tissus définitifs de la dent : savoir les *cellules de l'ivoire* ou *cellules de la dentine* ou *odontoblastes* et les *cellules de l'émail* ou *adamantoblastes*.

Les cellules de l'ivoire se juxtaposent à la surface de la papille en une couche continue d'éléments allongés, ovoïdes, à extrémité périphérique effilée comme un prolongement caudal. En même temps la surface de l'organe de l'émail, qui est au contact de la papille, se couvre de cellules prismatiques à cinq ou six pans, étroites, allongées (fig. 233, E).

Avec la troisième période ou *période coronaire*, la dentification commence.

Le premier, l'*ivoire* apparaît recouvrant comme d'un chapeau le prolongement caudal de chacun des odontoplastes; de là, autour de la papille une enveloppe continue qui l'enserme de plus en plus. Bientôt aussi l'*émail* se dépose à la surface de l'ivoire; chaque cellule adamantine sécrète la substance d'un prisme d'émail, puis disparaît, leur ensemble laissant comme trace la *cuticule de l'émail*. La couronne de la dent se trouve ainsi formée, constituée de dehors en dedans par l'émail, l'ivoire et la pulpe.

Vient enfin la *période radiculaire*. La racine de la dent se forme par allongement de la pulpe qui repousse devant elle la couronne, continue à se tapisser d'ivoire, mais sans recouvrement d'émail, puisque l'organe adamantin est détruit. A la place de l'émail une couche de tissu osseux, le *cément*, est fourni par la face profonde de la paroi du follicule, si bien que finalement la racine de la surface au centre est constituée par du ciment, de l'ivoire et la pulpe.

La cavité du maxillaire primitivement occupée par la dent ne croît pas aussi vite qu'elle; aussi prenant point d'appui par sa racine sur la paroi osseuse de l'alvéole, la dent se fait jour à travers la paroi du follicule et la gencive, et apparaît à l'extérieur. Un dernier point à

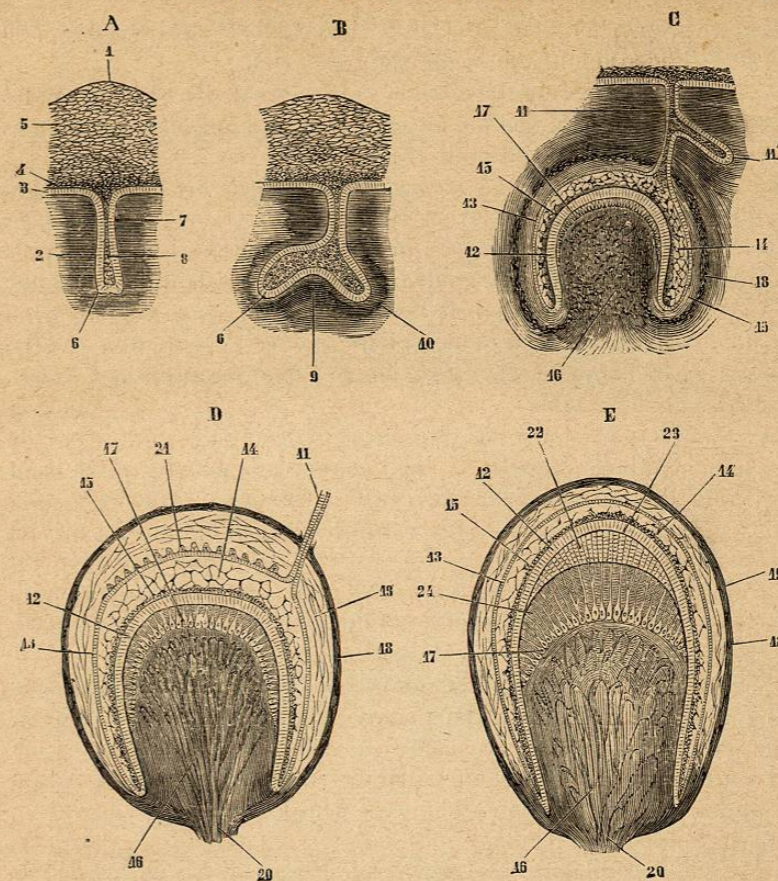


Fig. 233. — Développement des dents : figures demi-schématiques. — A, première ébauche de l'organe de l'émail; — B, première trace de la papille dentaire et du sac dentaire; — C, stade plus avancé; — D, germe dentaire complètement formé; — E, ossification du germe dentaire; apparition de l'émail et de l'ivoire; — 1, crête dentaire; — 2, derme de la muqueuse; — 3, couche profonde de l'épithélium; cellules cylindriques; — 4, couche moyenne; cellules arrondies; — 5, couche superficielle; cellules pavimenteuses; — 6, germe de l'organe de l'émail; — 7, sa partie extérieure formée par les cellules cylindriques de la couche épithéliale profonde; — 8, son intérieur, rempli par les cellules arrondies de la couche épithéliale moyenne; — 9, saillie du derme muqueux soulevant le fond de l'organe de l'émail et constituant l'ébauche de la papille dentaire; — 10, premières traces du sac dentaire; — 11, pédicule rattachant l'organe de l'émail à l'épithélium buccal (*gubernaculum dentis*); — 11', première trace de l'organe de l'émail de la dent permanente; — 12, membrane de l'émail formée par les cellules internes cylindriques de l'organe de l'émail; — 13, cellules externes de l'organe de l'émail; — 14, cellules intermédiaires étoilées formant la pulpe de l'émail; — 15, membrane intermédiaire ou cellules germinatives; — 16, papille dentaire; — 17, cellules de l'ivoire; — 18, partie externe du sac dentaire; — 19, partie interne de ce sac plus lâche; — 20, Pédicule de la papille dentaire donnant passage aux vaisseaux et aux nerfs; — 21, bourgeons épithéliaux de la membrane externe de l'organe de l'émail; — 22, prismes de l'émail; — 23, prétendue membrane préformative; — 24, ivoire de nouvelle formation avec les fibres dentaires.

noter, c'est que la portion de la paroi du follicule qui enveloppe la racine de la dent constitue le *ligament dentaire*.

Cette description schématique de la formation des dents resterait incomplète s'il n'était maintenant question de l'évolution des dents de deuxième et de troisième dentition.

Le *cordon folliculaire* de la dent de première dentition, cordon dont il a été précédemment question, émet sur sa face postéro-inférieure un bourgeon secondaire qui évoluera lui aussi de manière à constituer la *dent de remplacement*, c'est-à-dire la dent de deuxième dentition. Enfin du cordon folliculaire fourni par ce bourgeon secondaire émane un bourgeon tertiaire qui, lui, évoluera incomplètement; chez l'homme en effet, la troisième dentition, de règle, reste à l'état d'ébauche.

Aux débris persistants de ce bourgeon s'ajoutent les débris de bourgeons épithéliaux partis de l'épithélium de la gencive, de la lame épithéliale, des cordons folliculaires, de l'organe de l'émail; ce sont là les *débris épithéliaux paradentaires* de Malassez. Ces débris forment trois groupes: un *groupe superficiel* placé tout près du bord de la gencive, un *groupe moyen* situé dans l'épaisseur de la gencive entre la muqueuse et les follicules dentaires, un *groupe profond* émané de l'organe de l'émail.

Chez l'adulte, les débris paradentaires se trouvent dans l'épaisseur même du ligament dentaire, dans ses couches les plus voisines de la dent, plus rarement dans sa partie superficielle; parfois encore ils sont situés dans les espaces médullaires voisins. Enfin ils se répartissent de l'extrémité de la racine de la dent jusque dans l'épaisseur du bord gingival.

Nous pouvons de suite résumer le rôle pathologique de ces débris paradentaires en disant qu'ils expliquent la production de tumeurs franchement épithéliales au sein des maxillaires, loin de tout épithélium connu. Actuellement même, grâce aux travaux de Malassez et de ses disciples (Albarran, Chibret), l'on tend de plus en plus à faire dériver de ces inclusions épithéliales les tumeurs que Broca attribuait à un désordre d'évolution des dents: les *odontomes* et les *kystes dentifères*. Toutefois il n'est pas prouvé que l'on doive généraliser et rejeter complètement la théorie pathogénétique de Broca au profit de celle émise par Malassez.

I. — TUMEURS DES GENCIVES ET DU BORD ALVÉOLAIRE (1).

A. Tumeurs liquides: Kystes hydatiques, angiomes, anévrysmes de l'artère dentaire inférieure. — A titre de curiosité parmi les

(1) LEFOULON, Tumeur hydatique des gencives (*Journ. hebdomadaire des progrès des sc. et inst. méd.*, t. IV, Paris, 1856, p. 151). — A. GAURY, Des tumeurs solides du bord alvéolaire, thèse de Paris, 1880. — DESIR DE FORTUNET, Note sur quelques cas de tumeurs des gencives (*Revue de chir.*, t. VII, Paris, 1887, p. 886).

tumeurs liquides des gencives, on citera les *kystes hydatiques* (Lefou-lon) qui, au-dessous de la muqueuse intacte, forment une tuméfaction fluctuante.

De règle, ces tumeurs liquides sont des *tumeurs vasculaires*, des *angiomes*, dont il faut séparer certains ostéosarcomes autrefois confondus avec elles. Dans les cas relativement rares où ils n'ont pas eu leur point de départ dans le tissu de la joue ou de la langue, les angiomes des gencives, d'après S. Duplay, émanent du tissu spongieux dont est constitué le bord alvéolaire. Dès la naissance, ils sont indiqués par la présence sur la gencive d'une *tache vasculaire* qui progressivement se transforme en une *tumeur érectile*, bourgeonnante, molle, violacée, saignante, qui se laisse déprimer et même réduire dans une certaine mesure.

Parfois, sur la tache vasculaire se développe un véritable *anévrisme cirsoïde* (Salter), surtout si la lésion siège au-devant du maxillaire inférieur, à hauteur des incisives et de la canine. Assez analogue comme aspect à la tumeur érectile, l'anévrysme cirsoïde se reconnaît grâce à la présence de vaisseaux visibles à sa surface et par la rapidité avec laquelle il se remplit en une ou deux pulsations après avoir été vidé par pression.

Avec la pointe d'un thermocautère on pratiquera dans la tumeur érectile quelques cautérisations profondes qui en produiront l'atrophie. Si pareil traitement échouait dans le cas d'anévrysme cirsoïde bien circonscrit, on devrait en pratiquer l'ablation au bistouri, le froid et la compression assez facile à établir en serrant l'une contre l'autre les deux mâchoires, suffissent pour arrêter l'hémorragie assez abondante à la suite de l'intervention sanglante.

Deux exemples d'*anévrisme de l'artère dentaire inférieure* ont été apportés à la Société de chirurgie en 1856, par Ruz et Heyfelder; la tumeur vasculaire avait usé la paroi osseuse du canal dentaire et constituait sur la face externe du rebord alvéolaire une masse fongueuse, réductible, grosse comme un petit pois; elle était le siège d'hémorragies répétées, qui, dans l'un des cas, entraîna la mort de la malade.

B. Tumeurs solides: Kystes épidermiques, épithéliome, fibrome sous-muqueux, fibrome alvéolaire, chondrome, ostéosarcome. — Guyon et Thierry ont particulièrement appelé l'attention sur des petits *kystes épidermiques*, contenant une matière d'apparence sébacée, qui peuvent exister à la fin de la vie intra-utérine et pendant les deux premiers mois après la naissance sur le bord alvéolaire supérieur et par exception sur l'inférieur. Pour les auteurs précédents, comme pour Malassez, ces kystes proviendraient des débris épithéliaux inclus dans les gencives. Ces mêmes éléments, du reste, sont parfois encore le point de départ de la formation de l'*épithéliome pavimenteux* des gencives, ainsi qu'en témoignent les cellules d'épithélium adamantin et les

petits kystes mêlés aux cellules d'épithélium pavimenteux. Dans certains cas, toutefois, l'épithéliome gingival naît sur place par dégénérescence de l'épithélium qui revêt la gencive. Plus bénin que les autres épithéliomes buccaux, ce néoplasme est d'un diagnostic facile (A. Broca) : avec un peu d'attention, on ne s'en laissera pas imposer par une ulcération creusée sur la gencive dégarnie en regard d'une dent rugueuse de la mâchoire opposée ; en cas de doute, il faut limer ou enlever la dent suspecte et observer l'effet produit. Si l'ulcération ne se cicatrise pas, on enlèvera largement la partie malade et le rebord alvéolaire sous-jacent. Il va sans dire que le rebord alvéolaire se trouve parfois envahi par la propagation d'un épithélium de la lèvre, de la joue ou de la langue.

Le *fibrome sous-muqueux* des gencives est très rare. A. Broca, chez une dame d'une soixantaine d'années, en a enlevé un lentement développé en quinze ans, et le décrit ainsi : « C'était une tumeur lisse, parfaitement sphérique, blanche, bien médiane sous le frein supérieur, de consistance uniformément dure, indolente, grosse comme une noisette et n'ayant pour tout inconvénient qu'un soulèvement disgracieux de la lèvre supérieure. » Un coup de ciseaux suffit pour pratiquer l'ablation de cette petite tumeur.

Émanées du tissu osseux lui-même, les tumeurs sont rarement des *fibromes* ou des *chondromes* (fig. 234), de règle il s'agit d'*ostéosarcomes* et parmi ces derniers la variété à myéloplaxes est la plus fréquente.

L'on est peu fixé sur le point d'origine exacte de ces *ostéosarcomes*. Peut-être varie-t-il suivant les cas, tantôt ce serait le périoste sous-gingival, tantôt le tissu spongieux ; cela jusqu'à un certain point mettrait d'accord Salter, qui place au niveau du collet de la dent le point d'implantation primitive du néoplasme, et Magitot, qui le veut situé au fond de l'alvéole.

Dans la masse morbide, on trouve les éléments habituels du sarcome, tantôt le sarcome à myéloplaxes, tantôt des variétés globo-cellulaire ou fuso-cellulaire, tantôt ces divers éléments associés en proportions variables. Il s'y ajoute quelquefois des parcelles osseuses, fragments du bord alvéolaire ou néoformations sarcomateuses ; très souvent encore ce sont des débris épithéliaux paradentaires (Malassez), qui peuvent revêtir l'aspect de l'épithélium adamantin à ses premières phases (Albarran). Enfin, si ces amas épithéliaux sont entourés de tissu myxomateux, la tumeur revêt l'aspect d'un *myxosarcome*.

Se développant de quinze à vingt-cinq ans, peut-être plus fréquent chez la femme, peut-être aussi plus souvent à la mâchoire inférieure, le sarcome est souvent précédé par des irritations locales du bord alvéolaire : gingivites, fracture, éruption dentaire difficile, carie.

Tout d'abord le néoplasme évolue dans la profondeur, provoque une sensation de tension de la partie, des odontalgies, que l'extraction ou la chute spontanée de la dent correspondante fait cesser ou amende.

Ces phénomènes prémonitoires manquent, quand d'emblée la tumeur se développe librement à l'extérieur, parce qu'elle a pris naissance dans un espace interdentaire ou un alvéole déshabité. Tout d'abord c'est une petite excroissance d'ordinaire sessile, lisse, arrondie, qui lentement devient grosse comme un pois et rarement surpasse le volume d'une cerise. Elle se développe du côté de la bouche, refoulant la gencive et les dents, et comme elle provoque, malgré son indolence, une gêne assez grande de la mastication, le patient ne lui laisse pas d'ordinaire le temps de s'étendre vers les deux faces de la gencive et le corps du maxillaire en se moulant sur la joue, la langue, les dents voisines. Celles-ci sont mécaniquement chassées de leurs alvéoles. D'abord ferme et rose, le sarcome alvéolaire, plus tard, varie de consistance suivant sa texture histologique, et en particulier les

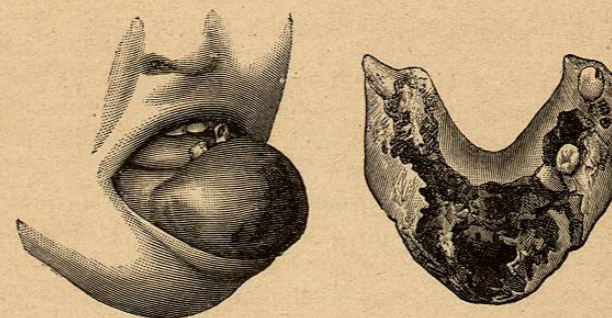


Fig. 234. — Tumeur fibro-kystique du maxillaire inférieur (Key).

tumeurs à myéloplaxes se caractérisent dans les cas typiques, par une grande mollesse, allant parfois jusqu'à la pseudo-fluctuation, et, dans ces derniers cas, la tumeur peut être télangiectasique (A. Broca). Le néoplasme a peu de tendance à s'ulcérer ; parfois seulement il se couvre par places d'un enduit pultacé qui simule une perte de substance, erreur facile à éviter si l'on gratte avec la spatule la surface suspecte. L'engorgement ganglionnaire est exceptionnel et toujours très tardif, il en est de même de la généralisation du sarcome, seule la récurrence sur place ou mieux la continuation du mal après ablation incomplète est surtout à craindre. Le pronostic est de règle bénin, pourvu que le point d'implantation de la tumeur soit largement détruit ; à cet effet, après excision des parties molles, on grugera à la gouge ou l'on réséquera à la pince coupante le bord osseux et l'on arrêtera l'hémorragie par la compression ou le fer rouge.

Le diagnostic de ces diverses tumeurs mérite un rapide examen : les fongosités des gencives qui parfois constituent de véritables tumeurs papillaires, saignant facilement et suppurant, sont caractéri-

sées par la carie dentaire ou la présence du chicot qui en ont provoqué le développement.

Les tumeurs érectiles et les sarcomes à myéloplaxes peuvent être confondus, mais les premières sont congénitales, réductibles et quand elles sont pulsatiles, elles le sont dans toute leur étendue.

L'épithéliome se reconnaîtra à ses tendances ulcéreuse, végétante et envahissante, il est douloureux et provoque rapidement l'engorgement des ganglions.

A titre de curiosité peut enfin trouver place ici l'observation rapportée par Sappey d'une vieille femme chez qui le tartre accumulé au-devant des incisives formait une véritable tumeur calculeuse, repoussant les deux lèvres en avant, surtout l'inférieure, les écartant l'une de l'autre et occasionnant ainsi une étrange difformité.

II. — TUMEURS DU CORPS DES MAXILLAIRES (1).

C'est particulièrement à propos des tumeurs du corps des maxillaires qu'il est intéressant d'adopter, comme base de leur classification, leurs rapports pathogénétiques avec le système dentaire. L'on a ainsi : 1° les *tumeurs des dents arrivées à leur complet développement* ; 2° les *tumeurs qui résultent d'un vice d'évolution du processus dentaire* ; 3° les *néoplasmes osseux vulgaires*, qui se développent dans les maxillaires. Bien que la clinique ne légitime pas absolument la constitution de ces trois groupes et que l'anatomie pathologique elle aussi n'ait pas levé toutes les difficultés de cette classification, cependant, même dans l'état actuel de la science, il nous semble permis de l'accepter, quitte à en relever au moment voulu les imperfections.

1°. — Tumeurs en rapport avec les dents complètement développées.

Sur les dents complètement développées l'on voit se former aux dépens de la pulpe ou du ciment des productions qui sont considérées comme des tumeurs. Le ligament dentaire lui aussi est le point de départ de néoplasmes encore mal connus.

1° **Polypes de la pulpe.** — Sous l'influence d'une carie pénétrante, la pulpe d'une dent prolifère et fait hernie à travers la perte de substance de la couronne ; c'est le *polype de la pulpe*, masse fongueuse, molle, rougeâtre, saignant assez facilement, sécrétant un liquide fétide et assez douloureuse au contact. Ou bien on enlèvera

(1) MAGITOT, Traité des anomalies du système dentaire. Paris, 1877, p. 232. — MALASSEZ, Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires (*Arch. de phys.*, 3^e série, t. V, p. 309 et t. VI, p. 379). — DAVID, Pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes (*Odontologie*, 1886, p. 517 et 1887, p. 5). — ALBARRAN, Kystes des mâchoires, anatomie, pathogénie et quelques points de clinique (*Revue de chir.*, 1888, p. 429 et 716). — NOVE-JOSSERAND et BÉRARD, Epithélioma adamantin (*Revue de chir.*, 1894, p. 476).

la dent, ou bien on réséquera la partie saillante de la tumeur, et par des pansements à l'acide arsénieux on détruira la pulpe avant d'obturer la cavité des canaux radiculaires et de la couronne.

2° **Tumeurs du ciment.** — Une irritation chronique du ligament dentaire se traduit chez certains sujets par la formation d'une *tumeur du ciment*, d'une *exostose* véritable ; tantôt l'on peut incriminer une inflammation chronique ou des traumatismes légers mais répétés de la dent, tantôt l'âge avancé du patient seul est mis en cause. D'après leur forme, Magitot distingue : l'*exostose en sphère* qui entoure le sommet des racines ; l'*exostose en nappe* qui soude ensemble ces dernières ; enfin l'*exostose en masse*, plus volumineuse et plus irrégulière de forme. Trouvailles d'autopsie, quand elles n'ont provoqué pendant la vie aucune gêne appréciable, ces tumeurs occasionnent parfois des douleurs assez vives pour que leur ablation s'impose. Celle-ci peut être délicate, une véritable résection partielle du bord alvéolaire seule donnant assez de jeu pour extraire la masse osseuse.

3° **Tumeurs du ligament dentaire.** — Le *ligament dentaire* lui-même est le point de départ de tumeurs, que Magitot distingue en *extra-alvéolaires* et *intra-alvéolaires*. Les premières doivent être rapprochées des *polypes de la pulpe* ; ce sont des bourgeons charnus mous, rougeâtres, fixés par un pédicule au collet d'une dent et le plus souvent d'une molaire atteinte de carie. Les exciser et cautériser leur pédicule, puis traiter la dent malade, ainsi se résume leur traitement. Quant aux *tumeurs intra-alvéolaires*, elles méritent mieux le qualificatif de tumeur ; en effet, elles paraissent indépendantes de tout processus inflammatoire, elles relèvent du trouble de nutrition encore inconnu qui aboutit à la formation des néoplasmes. Leur structure serait très variable, puisque, d'après cette donnée, Magitot admet cinq variétés : des tumeurs *fibreuses*, *fibro-plastiques*, *épithéliales*, à *myéloplaxes* ou à *cystoblastions*. De nouveaux faits toutefois sont nécessaires pour établir, d'après l'état actuel de la question du développement du système dentaire, la pathogénie de ces tumeurs. Cliniquement, la tumeur se développe entre les racines d'une molaire ou entre la racine et la paroi alvéolaire ; elle acquiert le volume d'une petite noix, provoque, avec des crises douloureuses, l'inflammation du rebord gingivo-alvéolaire, dévie et ébranle la dent dont l'extraction s'impose.

2°. — Tumeurs dues à un trouble de l'évolution dentaire.

Les tumeurs, qui dérivent d'un trouble de l'évolution dentaire, résultent, soit d'un *trouble de l'évolution des tissus d'un follicule dentaire*, soit d'un *désordre de l'évolution du tissu épithélial adamantin non spécialisé comme follicule dentaire*. D'une part nous trouvons ainsi les *odontomes* de Broca, de l'autre les *kystes épithé-*