

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-*

liaux radiculo-dentaires, les *épithéliomes kystiques*, les *épithéliomes solides* et même les *kystes dentifères*. Du reste, ainsi que la suite le démontrera, cette classification n'est pas à l'abri de tout reproche; tandis en effet que Broca rapporte le kyste dentifère à l'arrêt de développement d'un follicule dentaire, Malassez considère la plupart des odontomes comme des tumeurs épithéliales paradentaires.

1° **Odontomes.** — Broca a donné le nom d'*odontomes* à des tumeurs constituées par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs. Sous l'influence d'un trouble survenu dans l'évolution d'un follicule dentaire, il y a exagération de la puissance formatrice des tissus qui le constituent, d'où formation d'un néoplasme, d'une tumeur véritable, et, suivant la période de l'évolution dentaire pendant laquelle il se développe, l'*odontome* est dit : *embryoplastique*, *odontoplastique*, *coronaire* ou *radiculaire*.

L'*odontome embryoplastique* peut n'être qu'un follicule qui s'est hypertrophié alors que tout au début de son apparition il était formé à peu près exclusivement d'éléments embryonnaires, épars dans une substance muqueuse. C'est le *myxome papillaire* de Debove. Plus souvent l'organisation du néoplasme est plus avancée; au milieu de faisceaux de tissu conjonctif se voient de nombreux éléments étoilés ou fusiformes, et l'*odontome* est qualifié par Broca de *fibro-plastique*; enfin, encore plus organisée, la tumeur est devenue un fibrome, c'est l'*odontome fibreux*.

Tumeur myxomateuse, fibro-plastique ou fibreuse, l'*odontome* se différencie difficilement d'avec les myxomes, sarcomes, fibromes vrais, des maxillaires. En effet bien que certains auteurs donnent comme caractéristiques l'enkystement de l'*odontome* dans le sac folliculaire et son isolement du tissu osseux ambiant, ces particularités sont souvent défaut et le tissu nouveau se diffuse dans l'os tout comme dans le cas de tumeurs osseuses vulgaires. D'après Malassez, enfin, un certain nombre d'*odontomes* embryonnaires doivent être considérés comme des épithéliomes adamantins.

Chibret également rattache à l'épithéliome solide la plupart des odontomes *odontoplastiques* (fig. 235 et 236). Ces tumeurs, liées à l'hypergenèse du follicule arrivé à la seconde période de son évolution normale, sont tout d'abord constituées par un tissu mou ou plus exactement ayant une consistance fibreuse, l'*odontome* est dit *non dentifié*. Cependant, dans certains cas, on y rencontre en grand nombre des petites concrétions calcaires nommées *grains dentinaires*, et, à une période plus avancée de leur développement, la tumeur est de consistance osseuse, à surface mamelonnée. Le microscope y décèle les tissus dentaires définitifs, l'émail et l'ivoire; c'est l'*odontome dentifié*. En général l'*odontome dentifié* est irrégulier, soit parce que le bulbe, qui lui a donné naissance en s'hypertrophiant, tend à se subdiviser en bulbes secondaires, soit parce que la tumeur est formée par

plusieurs follicules (*odontome composé*). Enfin l'on trouve parfois dans la tumeur des dents incomplètement développées, traces des follicules dentaires surnuméraires.

L'*odontome odontoplastique* tout d'abord est entouré par le sac folliculaire, dans lequel il est fixé par son pédicule vasculaire; le reste de sa surface est séparé par un liquide transparent et visqueux de la face interne du kyste folliculaire; le tout enfin est logé dans une cavité creusée au sein même du maxillaire. Tant que le travail de dentification n'est pas achevé dans l'*odontome*, la tumeur grossit, peu à peu elle refoule et amincit la paroi osseuse qui l'enserme, et finalement fait saillie au niveau du bord alvéolaire, où elle peut

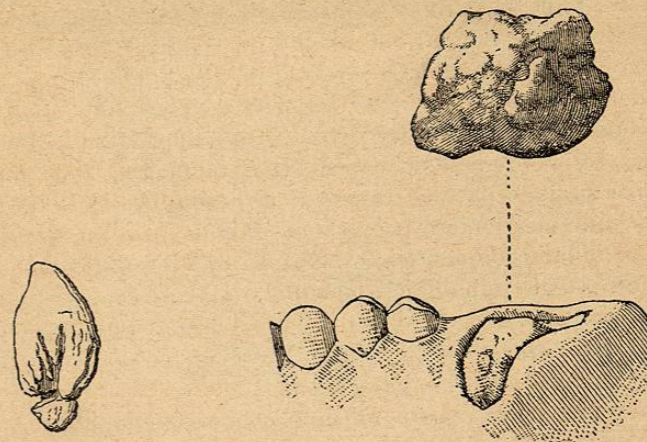


Fig. 235. — Odontome odontoplastique circonscrit. Fig. 236. — Odontome odontoplastique circonscrit : en place avant l'extraction; après l'extraction.

perforer la gencive et se présenter d'elle-même au dehors après avoir provoqué des accidents d'inflammation et de suppuration. Autrement l'*odontome* reste indéfiniment stationnaire et parfois son pédicule s'étant rompu, il est libre dans la cavité osseuse qui l'entoure.

Lorsque l'*odontome* se développe pendant la période de formation de la couronne, alors la pulpe, qui est déjà recouverte d'ivoire et d'émail, en s'hypertrophiant ne peut faire hernie qu'à la base du follicule, c'est-à-dire en un point qui correspondra plus tard à la jonction de la racine et de la couronne.

L'*odontome coronaire* une fois formé siège bien en effet au niveau du collet de la dent. En son centre il présente un tissu mou, une pulpe véritable, et tout autour une enveloppe d'ivoire seul ou d'ivoire et d'émail. En général il constitue une tumeur plus ou moins grosse accolée à l'une des faces de la dent qui est dite *verruqueuse*. Cette dernière reste incluse dans la mâchoire lorsque, l'*odontome* intéressant toute la base du follicule, la racine n'a pu se former.

Si la pulpe s'hypertrophie à la période de formation de la racine, l'odontome radicaire ainsi constitué se caractérise après dentification par la présence dans son intérieur de ciment, c'est-à-dire de tissu osseux, auquel peut se joindre de l'ivoire, mais jamais de l'émail. Assez solidement fixé à la racine de la dent malade pour être enlevé avec elle, l'odontome radicaire peut acquérir un volume assez considérable. De plus, lorsqu'il siège sur une dent à une seule racine, il en empêche l'éruption; lorsqu'au contraire, comme c'est la règle, il est appendu à une molaire, les racines saines suffisent pour repousser la couronne.

La *symptomatologie* des odontomes permet d'établir trois périodes dans leur évolution. Tout d'abord celle-ci est latente, rien n'indique la formation de la tumeur, ou bien le malade accuse en un point de la mâchoire une sensation de gêne ou de tension, quelquefois il se plaint de douleurs névralgiques. La seconde période s'annonce par la tuméfaction du maxillaire, en général au niveau des molaires et près du bord alvéolaire, dont elle se rapproche lentement, puis la tumeur vient faire saillie sous la gencive. A la troisième période, si la tumeur arrivée à un certain volume ne reste pas stationnaire, surviennent des accidents inflammatoires; le tissu osseux qui s'était laissé refouler et amincir parfois au point de fournir au doigt une sensation de crépitation parcheminée, s'enflamme et se nécrose partiellement, des fistules suppurantes s'établissent et rarement la tumeur ouvre un passage suffisant pour son expulsion.

Cette venue des accidents inflammatoires pour nombre d'auteurs serait le seul point noir du pronostic des odontomes; cependant les rapports admis par Malassez et son école entre les odontomes embryoplastiques et fibroplastiques et les tumeurs épithéliales autorisent certaines réserves.

Au point de vue *diagnostique*, suivant le conseil de Broca, le chirurgien doit ne pas oublier que l'odontome s'observe seulement chez des sujets encore jeunes et que tout néoplasme, qui se montre dans les mâchoires après l'achèvement de l'évolution dentaire, n'est certainement pas un odontome. Presque toujours ces tumeurs intéressent les molaires et de préférence les grosses molaires; seuls les odontomes coronaires circonscrits ont été vus sur les incisives. Enfin, dans l'immense majorité des cas, c'est la mâchoire inférieure qui est atteinte et toujours les dents permanentes. Toutefois, comme l'odontome peut se développer aux dépens des follicules surnuméraires et cela à l'âge adulte, la présence de toutes les dents ne permet pas rejeter le diagnostic d'odontome. Quand une ou plusieurs dents font défaut, l'on peut encore songer à un kyste dentifère et rester dans le doute tant que la fluctuation du premier n'est pas perçue. Cependant, comme le fait observer Broca, le kyste dentifère se développe de préférence du côté de la face antéro-externe du maxil-

laire, à une certaine distance du bord alvéolaire: tandis que l'odontome fait, en général, saillie sur les deux faces de l'os et tend à envahir le bord alvéolaire. De plus, si le kyste dentifère empêche l'éruption de la dent affectée, il n'influence en rien celle des voisines, ce qui a lieu pour l'odontome.

L'odontome (fig. 237) coronaire se reconnaît sans difficulté: il

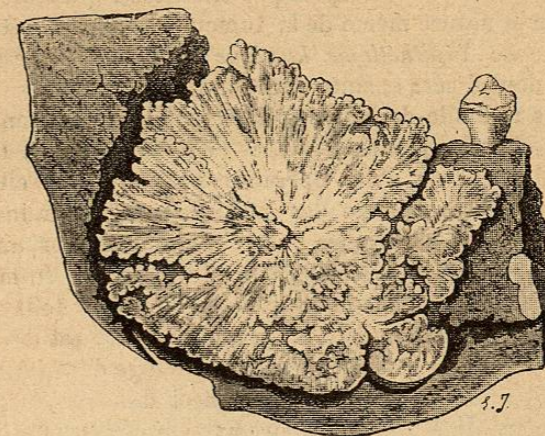


Fig. 237. — Odontome coronaire diffus, développé aux dépens de la seconde molaire permanente (Tomes).

n'en est pas de même de l'odontome radicaire, sauf si l'on a pu avant l'éruption de la dent constater la présence de la tumeur au sein de l'os.

L'indication unique du *traitement* est d'enlever la tumeur. A cet effet l'extraction de la dent malade suffit d'ordinaire s'il s'agit d'un odontome coronaire (fig. 238) ou d'un odontome radicaire; au besoin on faciliterait l'issue de ce dernier en réséquant partiellement le bord alvéolaire. Si la tumeur est profondément enclavée dans l'os, alors on attaquera par la bouche ou, si l'on ne peut faire autrement, par la joue la paroi osseuse qui la masque et, après énucléation de l'odontome, on ruginera la loge osseuse qui le contenait. Exceptionnels sont les cas où les désordres sont tels qu'il faille recourir à la résection du maxillaire supérieur ou à la désarticulation de la moitié de la mâchoire inférieure.

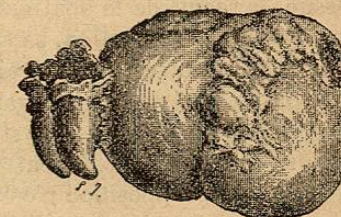


Fig. 238. — Odontome coronaire circonscrit (Musée Dupuytren).

2° **Kyste épithélial radiculo-dentaire.** — Il n'est pas rare de voir attaché à la racine d'une dent que l'on vient d'enlever un kyste qui, parfois gros comme une noisette, enserre le sommet de la racine, ou bien y est fixé latéralement, ou bien encore s'y

trouve appendu par un pédicule plus ou moins long. Appelées par Forget *kystes alvéolo-dentaires*, ces tumeurs ont encore reçu les noms de *kystes périostiques* (Magitot), *kystes odontopathiques* (Duplay), *kystes radiculaires* (Aguilhon de Sarran), *kystes radiculo-dentaires* (Malassez), *kystes uniloculaires* (Heydenreich). Dans l'état actuel de la science il nous paraît utile d'ajouter à la dénomination de *kyste radiculo-dentaire* adoptée par Malassez l'épithète *épithéliale*, afin d'établir la nature même de la tumeur et appeler l'attention sur sa parenté avec l'*épithéliome kystique* et l'*épithéliome solide* des maxillaires, dont il sera ensuite question.

Ces kystes radiculo-dentaires s'observent aussi souvent chez les adultes que chez les jeunes sujets, et cela d'ordinaire à la suite de la carie d'une dent ou d'une opération pratiquée sur elle. On les trouve surtout au voisinage des incisives et des canines, plutôt aussi à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure. Constamment, au début tout au moins, le kyste siège près du sommet de la racine, à l'intérieur de l'alvéole, dans le ligament dentaire ou tout auprès de lui. Il se développe lentement, et, quand l'alvéole est devenue trop étroite, il se creuse par ostéite raréfiante une loge dans l'épaisseur de l'os, parfois il repousse devant lui la paroi du sinus maxillaire ou rarement pénètre dans son intérieur. Exceptionnellement il dépasse le volume d'une noix; souvent piriforme, d'autrefois arrondi ou quelque peu bosselé, il est constitué par une paroi très épaisse et un contenu clair et filant. Toutefois la paroi s'amincit quand la poche devient volumineuse; sa surface interne, lisse peut se couvrir de fongosités qui en remplissent la cavité, ou bien dans d'autres cas le contenu kystique est butyreux et purulent. Le plus souvent, quand le kyste est sessile, la racine de la dent est à nu dans son intérieur et, par suite d'un travail de résorption, sa surface est devenue rugueuse. Parfois encore le kyste sessile resterait séparé de la racine par une couche plus ou moins épaisse du ligament dentaire avec lequel encore se continue le pédicule des kystes pédiculés. Enfin une mince lame osseuse serait interposée entre certains kystes et la racine voisine. Cette dernière disposition n'est pas acceptée par Magitot et son élève Bouvet. Pour ces auteurs, il existe toujours un rapport immédiat entre le kyste et la racine de la dent qui pointe dans son intérieur et, dans les cas de kyste appendiculaire, le pédicule perméable reçoit et enveloppe le sommet de la racine. Enfin, après extraction de la dent, l'exploration faite au moyen d'un fin stylet établit la parfaite et unique communication de l'alvéole avec la cavité du kyste.

Au point de vue *histologique*, d'après Malassez, les parois du kyste sont constituées par du tissu conjonctif dont les lamelles concentriques se confondent au niveau de leur insertion sur la dent avec les fibres du ligament dentaire. Les couches conjonctives les plus internes sont particulièrement riches en éléments cellulaires; fibreuse

en dehors, la paroi est en dedans plus ou moins myxomateuse ou sarcomateuse; elle est tapissée à la surface interne du kyste par un épithélium. Ce dernier qui manque sur la surface de la racine dentaire à nu dans la poche, est un épithélium pavimenteux qui se continue dans l'épaisseur de la paroi kystique avec des prolongements épithéliaux cylindriques ou ramifiés. Les cellules pavimenteuses présentent des filaments d'union et par suite ressemblent aux cellules centrales de l'organe de l'émail; les plus superficielles sont aplaties.

Pour rendre compte de la *pathogénie* de ces kystes radiculo-dentaires, Magitot a proposé une théorie qui a reçu le nom de *théorie périostique*. « Supposons, dit cet auteur, une dent qui, sous une influence pathologique particulière, est affectée d'inflammation ou de gangrène de son organe central, la pulpe. Des liquides pathogènes s'accumulent dans son intérieur; s'il existe une carie préalable, ces liquides s'écoulent librement au dehors et aucun kyste n'est possible. S'il n'existe pas de carie, ou si celle-ci vient à être obturée d'une manière quelconque, il se produit aussitôt une rétention de ces liquides, qui, cherchent alors une issue, se dirigent vers le sommet du canal radulaire. Arrivés en ce point, ces liquides rencontrent à l'orifice du canal en question les éléments du ligament dentaire; ils y produisent une irritation ou une inflammation plus ou moins vive. Si elle est très vive, on assiste à l'évolution d'une périostite ou arthrite alvéolaire aiguë, avec phlegmon de voisinage, etc. Si l'irritation est faible, subaiguë, si les liquides sont de nature séreuse et de quantité modérée, c'est le kyste qui se développe. L'irritation du ligament se traduit alors par la production d'une poche plus ou moins épaisse, ayant invariablement pour centre la lumière même du canal radulaire, lieu d'arrivée des liquides pathologiques en question ». En l'absence de carie, un traumatisme peut déterminer l'arthrite torpide alvéolo-dentaire qui aboutit à la formation du kyste.

Cette théorie donne prise à la critique, même si on laisse de côté les kystes simplement voisins du sommet des racines dentaires, kystes dont Magitot rejette l'existence. Tout d'abord le ligament dentaire, de par sa texture, ne se laisse pas décoller en membrane par la pression des liquides; en réalité ses fibres sont dilacérées et restent indépendantes des fibres propres de l'enveloppe kystique. En outre comment expliquer la présence de l'épithélium qui en tapisse la surface interne? Pour répondre à cette objection, Magitot a successivement admis que cet épithélium naît par genèse; qu'il provient d'une couche épithéliale (hypothétique) existant entre le ligament alvéolo-dentaire et la dent; enfin qu'il résulte d'une transformation des cellules conjonctives. Au total la théorie périostique ne saurait être admise.

Plus heureuse, la *théorie épithéliale* rallie de plus en plus les adhésions et, d'après elle, l'irritation n'agit plus sur le ligament den-