

taire, mais bien sur les débris épithéliaux paradentaires. Ébauchée par Verneuil et Reclus, cette théorie a surtout été établie par Malassez. Constatant que dans les fongosités radiculo-dentaires il existe souvent des masses épithéliales avec tous les caractères des débris épithéliaux paradentaires, Malassez, tout d'abord, considéra ces productions comme le résultat de l'hypertrophie des débris épithéliaux. Puis, comme dans ces masses épithéliales existent parfois des petites cavités, véritables kystes en miniature, comme, d'autre part, la paroi des kystes radiculo-dentaires présente des traînées et des masses épithéliales semblables à celles des fongosités, et comme la surface interne de ces kystes radiculo-dentaires est tapissée d'un épithélium identique à celui des petits kystes de tout à l'heure, il était logique de conclure que toutes ces formations dérivent les unes des autres.

Si le kyste occupe le sommet de la racine d'une dent cariée, c'est, comme le disait Magitot, parce que les microorganismes ont suivi le canalicule dentaire et sont venus irriter non le ligament dentaire, mais bien les débris épithéliaux paradentaires qu'il renferme. D'autre part la racine est à nu dans le kyste parce que, en proliférant, l'épithélium s'insinue entre le ligament dentaire et le ciment, et, comme cette progression juxtaradiculaire n'est pas fatale, lorsqu'elle fait défaut, le kyste reste séparé de la dent par une portion de l'épaisseur du ligament dentaire. Enfin il est encore possible que l'irritation de débris épithéliaux, situés à quelque distance d'une racine malade, soit suivie de la formation d'un kyste qui se développera sans jamais venir à son contact. Cette hypothèse satisfait tout autant, sinon mieux, l'esprit que les explications proposées par Gosselin et Mikulicz. Le premier admet que ces kystes résultent d'une ostéite séreuse, degré inférieur pour ainsi dire de l'ostéite purulente que les dents malades provoquent si souvent. Quand à Mikulicz, ayant observé un kyste séparé d'une racine dentaire par une coque osseuse, il en fit un kyste dermoïde dû à un renversement et une inclusion du feuillet externe pendant la vie fœtale.

Le *pronostic* des kystes radiculo-dentaires, en général bénin, réclame une certaine réserve; on a vu en effet le kyste récidiver, parfois il revêt alors l'aspect de kyste multiloculaire ou d'une tumeur solide épithéliomateuse, nouvelles preuves de la légitimité des idées de Malassez.

Quant au *diagnostic*, facile lorsque le kyste est enlevé avec la dent, il est en général assez délicat, même lorsque la fluctuation est devenue appréciable. La présence d'une dent cariée au voisinage de la tumeur, l'existence de toutes les dents à la mâchoire sont à noter comme signes de valeur; mais les douleurs plus ou moins vives siégeant au niveau de l'alvéole malade et parfois irradiées à toute la moitié de la face incitent à admettre un abcès dentaire, d'autant que le kyste à la longue peut s'ouvrir et suppurer. L'hydropisie du sinus maxil-

laire induira aussi en erreur, d'autant qu'un kyste uniloculaire de la mâchoire supérieure peut pénétrer dans l'intérieur du sinus et le dilater. La ponction exploratrice et l'état des dents fournissent parfois le moyen de juger la question.

Le seul *traitement* qui puisse mettre à l'abri de la récurrence consiste dans l'extirpation aussi complète que possible de la poche, résultat que l'on obtient parfois sans le chercher en enlevant la dent malade. Le drainage de la cavité kystique est insuffisant, mieux vaudrait en détruire largement la paroi et modifier la portion conservée si l'extirpation totale ne pouvait être menée à bien.

3° **Épithéliome kystique.** — Sous le nom d'*épithéliome kystique*, ou encore de *maladie kystique* de la mâchoire, nous décrivons une néoplasie macroscopiquement composée de plusieurs poches kystiques dans laquelle l'élément kyste domine par rapport au stroma. Cette affection, étudiée par Forget, offre de nombreux points de contact avec le kyste radiculo-dentaire dont il a été question dans le chapitre précédent et l'épithéliome dont l'étude sera faite plus loin.

L'épithéliome kystique s'observe à tout âge, particulièrement vers la vingtième année et beaucoup plus souvent à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Dans son *étiologie* encore il importe de relever le rôle important des lésions dentaires, en particulier de la carie, puis de rappeler qu'il se montre parfois comme récurrence du kyste radiculo-dentaire et aussi du kyste dentifère; cette dernière particularité met donc en relief l'un des points faibles de notre classification des tumeurs des maxillaires. L'épithéliome kystique mérite d'être rangé parmi les tumeurs en rapport avec les dents complètement développées et parmi celles qui surviennent du fait de l'évolution dentaire.

Macroscopiquement, la tumeur naît au centre de l'os, en écarte les deux tables compactes, les amincit, les fait disparaître en partie, surtout au niveau du bord alvéolaire, d'où la chute des dents. Elle envahit l'une des moitiés du corps de la mâchoire inférieure, parfois même la branche montante, pouvant atteindre le volume d'une tête d'enfant. Sa surface est bosselée, fluctuante par places; à la coupe ce sont des kystes de grandeur très variable, communiquant entre eux, dont certains présentent une racine dentaire à nu dans leur intérieur. Leur cavité contient un liquide tantôt clair et filant, tantôt séropurulent; elle est tapissée par une membrane pulpeuse et vasculaire qui repose sur les cloisons interkystiques formées de tissus fibreux et de lamelles osseuses.

En certains points, le *microscope* décèle dans le tissu fibreux de nombreuses cellules et des productions épithéliales disposées en cordons, en tubes irrégulièrement anastomosés, en masses irrégulières, en kystes microscopiques analogues à ceux qui existent dans l'épithéliome solide. Les productions épithéliales appartiennent les unes au *type pavimenteux*, les autres au *type adamantin*.

Dans les productions du type épithélial pavimenteux, il existe des cellules polygonales avec ou sans filaments d'union qui parfois sont enveloppées dans une couche unique de cellules allongées. Des globes épidermiques peuvent se rencontrer dans les kystes multiloculaires.

Dans les productions du type adamantin, sous une enveloppe de cellules cylindriques, on trouve de petites cellules indifférentes ou des cellules étoilées semblables à celles du tissu muqueux épithélial de l'organe de l'émail. Parfois même il existe une couche d'émail entre les cellules épithéliales et la paroi conjonctive du kyste.

Ainsi que nous l'avons déjà laissé supposer, la *pathogénie* de l'épithéliome kystique est identique à celle du kyste radiculo-dentaire. Comme l'a enseigné Malassez, l'affection émane d'une irritation des débris paradentaires, les plus superficiels produisant des masses épithéliales pavimenteuses, les profonds donnant naissance à des néoformations adamantines. Peut-être aussi faut-il, de plus, incriminer les prolongements épithéliaux de la gencive, mais seulement à titre exceptionnel (Albarran) ou à titre d'agent accessoire (Malassez).

La *symptomatologie* de l'épithéliome kystique découle de ce qui a été précédemment écrit sur son anatomie pathologique. Née au centre d'une moitié du maxillaire inférieur, saillante surtout sur sa face externe, bosselée, de consistance variable, par place parcheminée, la tumeur évolue très lentement (plusieurs années) sans provoquer autre chose que des douleurs dentaires et une gêne fonctionnelle en rapport avec son volume. Parfois un ou plusieurs kystes s'ouvrent et laissent des trajets fistuleux.

Dans certains cas, surtout dans les cas de tumeur récidivée, la portion solide se développe, c'est alors un sarcome ou un épithéliome. Malgré des interventions répétées, la récurrence peut se reproduire et cela après des intervalles de plusieurs années; enfin la généralisation du néoplasme a été signalée après plusieurs récurrences.

C'est avec le cystosarcome que le *diagnostic* doit être fait. Une marche rapide, une consistance en certains points charnue, des douleurs, de l'engorgement ganglionnaire, une altération de la santé générale, tels sont les arguments qui, s'ils sont relevés, plaideront pour le sarcome.

Le seul *traitement* à mettre en usage dans le cas d'épithéliome kystique de la mâchoire, c'est la résection et l'ablation aussi large que possible des parties malades.

4° Épithéliome solide. — L'*épithéliome solide* des maxillaires est le dernier terme de la série des néoplasmes épithéliaux développés dans ces os, de même qu'il existe des formes de passage entre le *kyste épithélial radiculo-dentaire* et l'*épithéliome kystique*, de même des tumeurs *oligo-kystiques* établissent la transition entre ces derniers et l'épithéliome solide. Celui-ci a encore reçu le nom d'*épithé-*

liome adamantin pour spécifier qu'il dérive de ce tissu épithélial qui normalement forme l'organe de l'émail.

Beaucoup plus rare que les variétés kystiques, dont il traduit la récurrence, l'épithéliome solide a surtout été étudié au point de vue de son anatomie pathologique. Malassez, d'une part, a démontré que les tumeurs décrites par Broca sous le nom d'*odontomes embryonnaires* ne diffèrent guère des épithéliomes adamantins et, de son côté, Chibret pense que beaucoup d'*odontomes odontoplastiques* de Brown ne sont autre chose que des épithéliomes avec formations dentaires plus ou moins parfaites.

Pour donner une idée de la structure de l'épithéliome solide, nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici la description donnée par Chibret d'une de ces tumeurs :

« La tumeur que nous venons d'analyser doit être rangée dans les tumeurs épithéliales, bien que la plus grande partie de sa masse soit de nature conjonctive, puisque la néoformation la plus différenciée y est constituée par des amas cellulaires ayant pour la plupart des caractères franchement épithéliaux. Les cellules épithéliales de ces amas, de forme très variable, présentent en somme tous les types décrits et connus des cellules adamantines.

» Les amas les moins différenciés sont formés par des cellules polyédriques d'un caractère bien spécial, mais dont la nature épithéliale n'est pas douteuse en raison des rapports de continuité qu'elles présentent avec les cellules voisines. On peut comparer ces cellules polyédriques aux éléments peu différenciés de la lame épithéliale de l'embryon.

» D'autres amas épithéliaux, revêtant la forme de cordons, sont constitués par une ou deux rangées de cellules cylindriques et quelquefois par une masse centrale de petites cellules indifférentes ou étoilées. Cette structure répond à celle des cordons folliculaires.

» D'autres productions épithéliales formées par une rangée périphérique de cellules cylindriques et par une masse centrale de cellules étoilées, séparées des premières par deux ou trois rangées de cellules aplaties, sont en tout semblables à des organes adamantins en voie de développement.

» Certains de ces amas paraissent donner naissance aux kystes peu nombreux de la tumeur par suite de la dégénérescence granuleuse de leurs cellules étoilées ou de la fusion et de l'agrandissement des espaces compris entre ces éléments. Ces kystes possèdent un revêtement épithélial constitué par une ou deux couches de cellules pavimenteuses doublées quelquefois en dehors de cellules cylindriques ou cubiques.

» Dans un degré de différenciation plus élevé dans le sens adamantin, on peut observer des modifications des cellules cylindriques périphériques de ces amas, qui les rendent semblables aux cellules dites de

l'émail ou cellules de l'épithélium interne de l'organe adamantin. Il existe même parfois entre ces éléments et le tissu conjonctif ambiant une couche d'émail.

» En même temps que se produit cette substance, apparaissent dans le tissu conjonctif voisin des modifications qui aboutissent à la formation de tissu dentinaire. Cette dernière formation paraît plus fréquente que celle de l'émail. »

Dans une tumeur diffuse des deux maxillaires chez un enfant, Hildebrandt a compté 200 dents, les unes complètement, les autres incomplètement développées et réunies par un tissu d'aspect muqueux où l'examen microscopique décèle la présence de cordons épithéliaux arborisés, formés de cellules cylindriques et de masses d'épithélium adamantin étoilé.

Cliniquement, l'épithéliome solide des maxillaires revêt les mêmes caractères que les kystes épithéliaux, le même développement intra-osseux avec tendance à faire saillie sur la face externe de l'os, les mêmes sièges de prédilection (angle de la mâchoire). Son volume peut devenir considérable, égaler celui d'une tête de fœtus à terme (Polaillon), d'où par suite les mêmes gênes fonctionnelles et en particulier les mêmes désordres du côté des dents, la même absence habituelle des phénomènes douloureux et d'anesthésie dans le territoire des nerfs et de réaction du côté des parties voisines.

Si l'examen du malade permet assez facilement d'éliminer les tumeurs malignes, voire même certaines tumeurs bénignes comme les odontomes, le plus souvent il n'arrive pas à différencier l'épithéliome solide des kystes dentifères ou épithéliaux, sauf lorsqu'une fluctuation bien évidente, qui est rare, ou bien une ponction exploratrice, viennent renseigner sur la présence ou l'absence de liquide. Mais, au moment même de l'intervention, le tissu épithélial paraîtra, quoique mou, moins friable que celui du sarcome, et, de plus, la délimitation exacte de la tumeur par une coque osseuse dure, non infiltrée par le néoplasme, éclairera le *diagnostic*. Nové-Josserand et Bérard insistent encore sur la valeur diagnostique de la présence d'une dent plus ou moins bien formée dans la tumeur elle-même ou à son voisinage. Il faut, disent-ils, chercher cette dent qui peut quelquefois siéger assez profondément et ne pas se présenter d'elle-même ; c'est elle qui fera le diagnostic et réglera le pronostic et le traitement.

Le *pronostic* serait bénin ; la guérison définitive s'obtient par la simple ablation de la tumeur, qui enlevée dans sa totalité ne récidive pas. Si même il restait après l'intervention quelques parcelles du néoplasme, celles-ci pourraient servir à former du tissu osseux adulte sans avoir aucune tendance à pulluler en tant que tumeur et à s'étendre loin de leur siège originel. Sans doute, il est prudent de faire quelques réserves au sujet d'une absence aussi complète de récidive

et, en présence d'un épithéliome solide le chirurgien fera bien de l'enlever en totalité.

5° Kystes dentifères. — Les *kystes dentifères* ou *dentigères* sont caractérisés par la présence dans leur paroi ou leur cavité de dents normales ou incomplètement développées, parfois même de simples masses dures formées d'ivoire ou d'émail (1). Déjà, à propos de l'épithéliome kystique, nous avons signalé la présence possible de ces grains d'émail.

Observés en général entre sept et trente ans, c'est-à-dire chez les sujets arrivés à l'âge de la seconde dentition et n'ayant pas encore vu sortir leur dernière molaire, ces kystes parfois sont congénitaux, et, grâce à l'existence de follicules surnuméraires, se développent tardivement. Leur *étiologie*, du reste, est fort obscure et pour expliquer, sinon la position anormale de la dent, du moins son inclusion, l'on peut admettre qu'elle s'est développée trop loin du rebord alvéolaire, ou bien qu'elle a poussé en mauvaise direction et n'a pu se faire jour à l'extérieur, ou enfin que la racine ne s'étant pas formée la couronne n'a pu être refoulée à sa place normale. Plus fréquent à la mâchoire inférieure, où il se forme surtout aux dépens d'une des dents de sagesse, le kyste à la mâchoire supérieure se voit plutôt au niveau de l'une des canines. Par exception, une dent temporaire lui a donné naissance ; le fait est moins rare pour les dents surnuméraires, ou encore les dents hétérotopiques. Dans ce dernier cas, la tumeur occupe les sièges les plus variés : voûte palatine, bord orbitaire, apophyse montante du maxillaire supérieur, angle de la mâchoire inférieure, sa branche montante. Habituellement unique, en se développant le kyste se porte du côté où il rencontre le moins de résistance. Il écarte les deux lames compactes du maxillaire inférieur, puis fait saillie au bord alvéolaire ; il amincit et soulève surtout la table externe, refoule le canal dentaire sans l'ouvrir. A la mâchoire supérieure, sa saillie au-dessus du rebord alvéolaire est sensible à travers la joue, et, grâce à la minceur naturelle de l'os, il devient rapidement sous-muqueux. Dans sa profondeur, il déprime la paroi du sinus maxillaire ou pénètre dans son intérieur et le distend. Enfin les dents voisines de la tumeur tantôt restent intactes, tantôt sont déviées ou expulsées.

La poche kystique, en général, se laisse assez facilement détacher de la cavité osseuse qui la renferme. Elle contient un liquide clair et filant, quelquefois mélicérique, quelquefois blanchâtre ou brun ; on y a encore trouvé une masse analogue à du frai de poisson. Très variable comme épaisseur, la paroi du kyste, dont la surface interne est rugueuse, mamelonnée, est constituée par deux couches : l'une

(1) GUYON et MONOD, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1872, 2^e série, t. V, p. 417 ; bibliographie, p. 536. — MAGITOT, Mémoire sur les kystes des mâchoires (*Arch. gén. de méd.*, 1873). — LAFORESTERIE, Essai hist. et crit. sur les kyst. dentaires, thèse de Paris, 1886-1887. — ALBARRAN, Kystes des mâchoires (*Revue de chirurgie*, 1888, p. 429 et 716).

externe, *conjonctive*, l'autre interne, *épithéliale*. Cette dernière, dans un cas d'Albarran, était formée par un épithélium pavimenteux stratifié, à filaments d'union; par places, on voyait des cellules adamantines, cellules épithéliales étoilées, anastomosées par leurs prolongements et la paroi du kyste renfermait de plus de nombreuses masses épithéliales de même nature. Enfin, dans la paroi même du kyste, se trouve implantée une dent rudimentaire ou parfaite. On reconnaît alors une molaire de deuxième dentition, ou une canine, plus rarement une incisive; la dent parfois est libre dans la cavité du kyste, ou bien elle est incluse dans l'épaisseur de la paroi, ou enfin sa couronne est dirigée vers l'intérieur ou l'extérieur de la poche. Dans certains kystes, encore, l'on trouve plusieurs dents.

D'après Broca, le ramollissement de l'organe de l'email aboutit à la formation d'une cavité comprise entre la paroi du follicule et le bulbe dentaire. Suivant que la lésion se produit à une période plus ou moins avancée de l'évolution dentaire, le kyste ainsi constitué appartient à l'une ou l'autre des trois variétés suivantes. A la période embryoplastique, la pression du contenu kystique atrophie le bulbe, qui peut se confondre complètement avec la paroi de la poche dans laquelle n'existe aucune dent, même rudimentaire. Apparaissant plus tard, à la période odontoplastique, le kyste renfermera une dent rudimentaire, et, plus tardivement, à la période coronaire, il contiendra une couronne bien développée. Pour expliquer la présence dans un seul kyste de plusieurs dents, Broca admet la division du follicule primitivement malade ou la fusion de plusieurs kystes voisins.

Cette dernière explication n'a pas satisfait Malassez, qui reproche de plus à la théorie précédente de ne pas expliquer pourquoi, dans certains cas, une couche conjonctive sépare de la cavité kystique la dent ou les rudiments de dent, pourquoi encore un kyste dentifère peut par récurrence donner naissance à un épithéliome kystique. Pour Malassez, le kyste dentifère provient des débris épithéliaux paradentaires qui évoluent au voisinage d'une dent elle-même en voie de formation. Arrêtée tout à fait au début de sa formation elle s'atrophie, plus tard reste rudimentaire, plus tard encore reste à l'état de simple couronne, enfin, si elle est déjà arrivée à la période de formation de la racine, elle poussera à travers la paroi du kyste jusque dans sa cavité. Albarran, qui a modifié quelque peu la théorie de Malassez, admet que les grains dentaires peuvent se former dans la paroi kystique par le simple développement de quelques débris épithéliaux. De plus, cet auteur attribue un rôle particulier dans le développement des kystes dentifères à l'*iter dentis*. Ce canal osseux, qui va de l'alvéole à la gencive, renferme un trousseau fibreux avec des débris épithéliaux, le *gubernaculum*. C'est là le chemin que suit la dent expulsée de l'alvéole par sa propre racine, évolution que facilite l'hypertrophie des débris épithéliaux du gubernaculum. Or Albarran suppose que, par le fait d'une malforma-

tion, l'*iter dentis* est oblitéré ou dévié, que par suite la dent, ne trouvant plus un chemin facile, presse sur le gubernaculum, provoque une prolifération exagérée des débris épithéliaux, ou la formation du kyste dentifère. Ainsi s'expliquent l'extrême rareté des kystes dentifères de la première dentition et leur fréquence autour des dents hétérotopiques.

Après ce qui a été dit déjà de la *symptomatologie* des tumeurs des mâchoires, nous avons peu de chose à ajouter sur les symptômes des kystes dentifères. La tumeur se développe d'ordinaire avec une extrême lenteur, ce qui élimine tout de suite l'idée d'un néoplasme malin. Abandonnée à elle-même, elle s'accroît peu à peu et après des années (10 à 15 et plus) elle s'ouvre, suppure et reste fistuleuse, tant que la poche kystique n'a pas été enlevée. Cette intervention qui, seule, peut conduire à la guérison dans certains cas, reste incomplète, et le kyste dentifère récidive ou est remplacé par un épithéliome kystique.

Au point de vue du *diagnostic*, l'examen de la dentition offre une grande importance. L'absence d'une dent du côté de la mâchoire où siège le kyste, en l'absence de toute extraction artificielle, constitue un signe de valeur. Toutefois un kyste dentifère peut coexister avec la présence de toutes les dents, soit parce qu'une dent de lait a persisté aux lieu et place de la dent de remplacement qui, elle, est atrophiée, soit parce que le kyste s'est constitué aux dépens d'une dent surnuméraire.

Le kyste dentifère risque surtout d'être confondu avec l'odontome, dont le diagnostic n'est facile qu'autant que l'enveloppe osseuse s'est laissée détruire par la tumeur et que celle-ci peut être explorée directement sous la peau ou sous la muqueuse. Avant cette période, si l'on ne veut recourir à une ponction exploratrice, Brown fait remarquer que l'odontome tend à envahir le bord alvéolaire et à faire saillie sur les deux faces de l'os, tandis que le kyste dentifère siège à quelque distance du bord alvéolaire et se développe surtout du côté de la face antéro-externe du maxillaire. De plus, l'odontome ne se borne pas, comme le kyste, à empêcher l'éruption de la dent atteinte, il entrave d'ordinaire l'éruption de quelques dents voisines.

Rares sont les cas où les désordres exigent une résection maxillaire typique. En général, le *traitement* consiste dans l'excision d'une partie de la coque osseuse qui entoure la poche; celle-ci, mise ainsi à nu, est extirpée avec la dent qu'elle renferme: si son ablation complète était impossible, il faudrait racler et cautériser les parties restantes, afin de prévenir la récurrence.

3° Néoplasmes osseux vulgaires des mâchoires.

La plus fréquente des tumeurs qui siègent dans le corps des maxillaires est le *sarcome*, puis vient le *cancer*, c'est-à-dire l'*épithéliome* et le *carcinome*; beaucoup plus rares sont les *fibromes*, les *chondromes*, les *ostéomes*, les *myxomes*; exceptionnels les *lipomes*.