Cette théorie rend compte, d'après Albarran, de l'extrême rareté des kystes dentifères de la première dentition; car, à ce moment, l'*iter* n'existe pas. De même, si ces kystes sont fréquents autour des dents hétérotopiques, ce fait s'explique par l'impossibilité où se trouve alors la dent d'effectuer sa poussée.

Entre ces théories opposées il n'est pas possible encore de se prononcer définitivement. Mais il faut reconnaître que la théorie paradentaire explique mieux les faits que la théorie folliculaire de Broca. C'est à elle que je me rallierai, tout en reconnaissant qu'elle se présente encore à nous comme une hypothèse et non comme un fait démontré.

Symptômes. — Les kystes dentifères sont rarement accompagnés de souffrances véritables. Ils provoquent parfois un sentiment de gêne ou de tension, ou encore des troubles fonctionnels.

La *tumeur* formée par le kyste proémine surtout vers la face antérieure des maxillaires. Tantôt elle est de faibles dimensions; tantôt elle augmente de volume, au point de déformer la face et de repousser les organes voisins. A mesure que le kyste se développe, il peut déterminer l'amincissement des parois osseuses qui l'entourent. Si l'os est réduit à une coque osseuse flexible, on percevra la crépitation parcheminée. A un degré plus avancé, la paroi osseuse disparaît, et on arrive à sentir la fluctuation. Ajoutons qu'on a indiqué, comme un signe important, la vascularisation marquée de la muqueuse au-devant de la paroi antérieure du kyste.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — *Les kystes dentifères se développent d'ordinaire avec une extrême lenteur*. Ceux du corps du maxillaire supérieur restent longtemps inaperçus; au contraire, les kystes des arcades dentaires et ceux du maxillaire inférieur sont reconnus de bonne heure. Généralement les malades, ne souffrant pas, se présentent tardivement au chirurgien, par exemple à la suite d'un accroissement subit de leur tumeur.

Abandonnés à eux-mêmes, les kystes dentifères ont une durée presque indéfinie; les termes de dix, quinze ans ne sont pas rares. Ils s'accroissent peu à peu, et, en l'absence d'intervention, ils finiraient probablement par s'ouvrir et par rester fistuleux. Ou bien le kyste suppure, et la collection se fait jour à l'extérieur. Mais ni l'ouverture spontanée, ni l'incision d'un kyste dentifère ne suffisent à en amener la guérison; il est nécessaire que la poche et la dent soient extirpées complètement.

Un point important de l'histoire de ces tumeurs est la possibilité d'une *récidive*, et la tumeur récidivée n'est pas toujours semblable à la tumeur primitive. Ainsi un kyste dentifère peut récidiver sous forme de kyste multiloculaire. Cette particularité se trouve parfaitement expliquée par la théorie paradentaire, qui attribue une seule et même origine à tous les kystes des mâchoires. La possibilité des récidives montre combien il est important d'extirper la totalité du kyste.

Diagnostic. — Les kystes dentifères ne sauraient être confondus avec une *tumeur maligne* : la lenteur de leur développement, leur forme circonscrite, l'absence de douleurs vives, l'absence d'engorgement ganglionnaire et la conservation de la santé générale sont autant de circonstances qui feront éviter une pareille erreur.

On arrivera donc à conclure à l'existence d'une *tumeur bénigne*. Mais, tant que la fluctuation n'est pas perceptible, il n'est pas possible d'affirmer qu'il

s'agit d'un kyste. Cependant, même en l'absence de fluctuation, un signe de la plus haute importance peut mettre sur la voie du diagnostic : ce signe, c'est l'*absence d'une dent du côté de la mâchoire où siège le kyste*.

En effet, quelle que soit la théorie par laquelle on explique la formation des kystes dentifères, un fait certain, c'est qu'à ces kystes correspond une dent arrêtée dans son évolution ; cette dent n'accomplit pas son éruption et manque à la rangée dentaire. Or, cette particularité ne se remarque ni dans les autres kystes des mâchoires, ni dans les tumeurs solides, à l'exception des odontomes.

Plusieurs causes d'erreur doivent toutefois être évitées. On doit s'assurer d'abord qu'aucune dent n'a été arrachée. D'un autre côté, le système dentaire peut paraître complet, bien qu'en réalité une dent ait été arrêtée dans son évolution; c'est quand la dent de lait, correspondante à la dent de la seconde dentition arrêtée dans son évolution, a persisté. Enfin, si le kyste correspond à une dent surnuméraire, le système dentaire est complet.

Il importe, d'ailleurs, de se rappeler que les kystes dentifères, de même que les odontomes, commencent à se développer, en général, *à l'âge de la seconde dentition*.

Il résulte de ces considérations que les kystes dentifères peuvent être confondus surtout avec les *odontomes*. Ainsi que je l'ai fait remarquer déjà à l'occasion de ces dernières tumeurs, le diagnostic n'est facile qu'autant que l'enveloppe osseuse s'est laissé détruire par la tumeur, et que celle-ci peut être explorée directement sous la peau ou sous la muqueuse. Avant ce moment, le diagnostic reste incertain; mais on devra tenir compte des remarques suivantes, faites par Broca. L'odontome tend à envahir le bord alvéolaire et à faire saillie sur les deux faces de l'os; le kyste dentifère siège à une certaine distance du bord alvéolaire et se développe plutôt du côté de la face antéro-externe du maxillaire. 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. Enfin, on a généralement la ressource de pratiquer une ponction exploratrice.

Traitement. — Il est bien établi aujourd'hui que les kystes dentifères peuvent récidiver, et que cette récidive est loin d'être toujours sans gravité. La conséquence, qui découle de ce fait, est que l'*ablation* du kyste doit être préférée aux méthodes de traitement moins radicales, telles que le drainage, l'incision, l'excision, etc.

Si l'extirpation totale de la poche, avec la dent qu'elle renferme, n'est pas possible, on enlèvera, du moins, la dent et la plus grande partie du kyste, et on aura soin de racler ou de cautériser la portion restante. Cette opération nécessitera le plus souvent l'excision d'une certaine étendue de la coque osseuse qui entoure le kyste. Mais il est rare qu'une véritable résection de la mâchoire soit indiquée; on n'y aura recours que dans des cas exceptionnels, dans lesquels les désordres sont considérables.

3° *KYSTES UNILOCULAIRES*

Les kystes, que j'étudierai dans cet article, sont ceux que Delpech a décrits dès 1816. Forget les a nommés *kystes alvéolo-dentaires*. Ce sont les *kystes périostiques* de Magitot, *odontopathiques* de Duplay, *radiculaires* d'Aguilhon de Sarran, *radiculo-dentaires* de Malassez.

[*A. HEYDENREICH*.]

L'histoire des théories successives, par lesquelles on a expliqué leur formation, trouvera sa place quand je m'occuperai de leur pathogénie. Je me contenterai ici de citer quelques travaux relatifs à cette forme de kystes :

Delpech, Kystes dentaires. In *Précis des maladies réputées chirurgicales*, Paris, 1816, t. III, p. 440, et in *Clinique chir.*, Montpellier, t. II, p. 118. — Forget, Recherches sur les kystes des os maxillaires et leur traitement. Thèse de Paris, 1840. — Forget, Mémoire sur les kystes des os maxillaires et leur traitement. In *Mém. de la Soc. de chir.*, 1853, t. III, p. 229. — Magitot, Essai sur la pathogénie des kystes des mâchoires. In *Gaz. des hôp.*, 1869, p. 245. — Magitot, Mémoire sur les kystes des mâchoires. In *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 349 et 681, et 1873, t. I, p. 154 et 437. — Reclus, De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur. In *Progrès médical*, 18 nov. et 2 déc. 1876. — Charvot, Étude clinique sur les kystes périostiques de la mâchoire supérieure. In *Archives gén. de méd.*, 1881, t. I, p. 414 et 565. — Aguilhon de Sarran, Note sur la pathogénie des kystes des mâchoires. In *Bull. de la Soc. de biol.*, 5 avril 1884. — Malassez, Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires. In *Arch. de physiol.*, 1885, 3e série, t. V, p. 309, et t. VI, p. 379. — Magitot, Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires. In *Congrès français de chir.*, 2e session, 1886, p. 622. — David, Pathogénie des kystes radiculaires des dents adultes. In *Odontologie*, 1886, p. 517, et 1887, p. 5. — Albarran, Kystes des mâchoires; anatomie pathologique, pathogénie et quelques points de clinique. In *Revue de chir.*, 1888, p. 429 et 716. — Forgue, Observation d'un kyste uniloculaire. In *Montpellier médical*, 1893, p. 45. — Kummer, Pathogénie des kystes épithéliaux des maxillaires. In *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, p. 705.

Anatomie pathologique. — Les *kystes uniloculaires*, dont il est question ici, sont les kystes des maxillaires à une seule loge et ne contenant ni dent, ni rudiment de dent.

Les auteurs distinguent deux variétés de ces kystes : les uns sont en rapport avec une racine dentaire, et c'est à eux qu'on a appliqué les dénominations de *kystes alvéolo-dentaires*, *périostiques*, *odontopathiques*, *radiculaires*, *radiculo-dentaires*; les autres ne présentent pas de rapport direct avec les dents. Les recherches modernes tendent à démontrer que cette distinction n'est pas justifiée. Aussi réunirai-je ces deux variétés de kystes dans une description commune.

Les kystes uniloculaires sont plus fréquents à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure. Ils semblent se développer plus souvent au voisinage des incisives et des canines qu'au voisinage des molaires.

Les kystes uniloculaires *naissent presque toujours dans la membrane alvéolo-dentaire*, plus spécialement dans sa partie profonde, près du sommet de la racine. Dans certains cas, leur point de départ est un peu plus excentrique ; mais constamment ils sont logés, au début de leur évolution, dans le bord alvéolaire de la mâchoire.

Il n'est pas rare de voir un de ces kystes attaché à la racine d'une dent qu'on vient d'enlever; tantôt cette poche, dont le volume peut atteindre celui d'une noisette, se trouve appliquée immédiatement contre la dent, soit latéralement, soit sur toute la périphérie de la racine; tantôt elle lui est rattachée par un pédicule plus ou moins long.

Ces petits kystes se développent lentement; bientôt ils sont logés trop à l'étroit dans la cavité alvéolaire, et, grâce à une ostéite qui fait disparaître les cloisons osseuses, ils arrivent à occuper une loge en rapport avec leur volume. D'ordinaire moins considérables que les kystes dentifères, rarement plus gros qu'une noix, ils peuvent atteindre exceptionnellement des dimensions énormes; dans un cas de Dupuytren, un de ces kystes avait le volume d'une tête d'enfant. A la mâchoire supérieure, le néoplasme pénètre quelquefois dans l'intérieur du sinus maxillaire ; en général, il se borne à refouler la paroi du sinus.

Souvent piriforme, d'autres fois arrondie ou un peu bosselée, la poche kystique présente parfois une *paroi* très épaisse. Son *contenu* est ordinairement clair et légèrement filant, plus rarement butyreux ou purulent. Dans quelques cas, la cavité kystique est presque entièrement remplie par des fongosités implantées sur sa paroi. Quand le kyste est volumineux, sa paroi est d'habitude mince et souple, sa surface interne lisse et unie.

Dans les kystes non pédiculés, la paroi se continue avec le ligament alvéolo-dentaire ; mais, *du côté de la dent, cette paroi fait presque toujours défaut, en sorte que la racine dentaire se voit à nu dans la cavité kystique* ; la racine est alors rugueuse et a subi un travail de résorption plus ou moins marqué. Cependant cette disposition n'est pas constante, et on a vu des kystes sessiles, petits ou grands, qui se trouvaient séparés de la racine dentaire par une portion plus ou moins épaisse du tissu ligamenteux, ou même par une couche osseuse. Dans les kystes pédiculés, l'extrémité dentaire du pédicule se continue avec la membrane alvéolo-dentaire.

La *structure* des petits kystes, qui se laissent arracher avec une dent (*kystes appendiculaires* d'Albarran), a été étudiée avec soin par Malassez. Les parois de la poche sont constituées par du tissu conjonctif, dont les lamelles se confondent, au niveau de leur insertion sur la dent, avec les fibres de la membrane alvéolo-dentaire. Les couches les plus internes de la paroi sont plus riches en éléments cellulaires et forment parfois des végétations. Enfin, *la surface interne du kyste est tapissée, sauf au niveau de la dent, par une couche épithéliale*, se continuant avec des prolongements épithéliaux cylindriques ou ramifiés qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la paroi.

Les cellules de l'épithélium sont pavimenteuses et présentent des filaments d'union, qui les font ressembler aux cellules centrales de l'organe de l'émail. D'ailleurs, l'épithélium offre plusieurs couches, dont les plus profondes sont formées par des cellules malpighiennes ou adamantines, et les plus superficielles par ces mêmes cellules aplaties parallèlement à la surface.

Albarran, qui a eu l'occasion d'examiner de grands kystes uniloculaires, a montré que leur structure est semblable à celle des kystes appendiculaires. Toutefois leur épithélium présente des caractères moins tranchés, à cause de l'aplatissement des cellules qui le forment, et les masses épithéliales contenues dans la paroi sont plus clair-semées.

Étiologie. — L'*âge* des sujets est important à considérer. Les kystes uniloculaires s'observent plus souvent, ou au moins aussi souvent, chez les adultes que chez les enfants ou les adolescents.

Ils se développent d'ordinaire à la suite d'une *lésion dentaire* ou d'une *opération pratiquée sur les dents*.

Pathogénie. — Si nous considérons d'abord les opinions relatives à la *pathogénie des petits kystes appendiculaires*, nous voyons que Delpech faisait naître ces kystes *dans l'épaisseur du cordon vasculo-nerveux, qui aborde le sommet de la racine*. Cette explication ne saurait être admise.

Une autre théorie, ou *théorie périostique*, a été émise, en 1869, par Magitot. D'après elle, les kystes appendiculaires seraient le résultat d'une inflammation de la membrane alvéolo-dentaire. Une inflammation violente donnerait lieu à un épanchement de pus et à la formation d'un abcès entre la membrane et la dent;

tandis qu'une inflammation lente aurait pour effet la production d'un liquide séreux entre la dent et le ligament alvéolo-dentaire, et, par conséquent, la constitution d'un kyste. Lorsque (ce qui est fréquent) la dent en contact avec le kyste est le siège de lésions (carie pénétrante, fracture), la théorie périostique oblige à admettre qu'une production accidentelle de dentine ou une obturation intempestive sont venues 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 trouvent assez souvent réalisées.

Les idées de Magitot furent d'abord admises; mais les objections ne tardèrent pas à se présenter. D'abord il fut démontré que la membrane alvéolo-dentaire est plutôt un ligament et qu'elle se continue avec la substance fondamentale du cément sous forme de fibres de Sharpey; dès lors, un liquide ne saurait se collecter entre le ligament et le cément, car tout naturellement il irait se répandre entre les fibres du ligament en les dissociant. En second lieu, la théorie périostique n'explique pas les cas, dans lesquels le kyste est séparé de la racine par une épaisseur de tissu conjonctif. Enfin cette théorie est passible d'une objection capitale : d'où naît l'épithélium qui revêt les kystes?

Pour répondre à cette dernière objection, Magitot a donné successivement trois explications : l'épithélium naît par genèse; il provient d'une couche épithéliale qui existerait entre le ligament alvéolo-dentaire et la dent (couche dont l'existence n'a pu être démontrée); il résulte d'une transformation des cellules conjonctives. Mais aucune de ces hypothèses n'est vraisemblable.

Verneuil est arrivé, en 1876, à une théorie, que Reclus a exposée, la même année, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Clermont (*Progrès médical*, 18 novembre et 2 décembre 1876). Verneuil admet que, parmi les nombreux *bourgeons épithéliaux* qui se trouvent dans les gencives à l'époque de la première formation des dents, un certain nombre peuvent persister chez l'adulte et *se convertir, à un moment donné, en kystes par une simple production de sérosité à leur intérieur.*

Vers la même époque, Malassez poursuivait ses recherches, qui le conduisirent à une théorie analogue. Malassez démontra que, *dans les fongosités radiculo-dentaires, il existe souvent des masses épithéliales, reproduisant tous les caractères des débris épithéliaux paradentaires* et formées apparemment par ces débris hypertrophiés; parfois *ces masses épithéliales se creusent d'une petite cavité* représentant un kyste en miniature. Or, la paroi des kystes appendiculaires présente des traînées et des masses épithéliales absolument semblables à celles qu'on observe dans les fongosités des racines, et la cavité de ces kystes est tapissée de cellules identiques à celles des kystes miniature. Il est donc évident que *le kyste appendiculaire représente un stade avancé du développement des petits kystes.*

On sait que, la plupart du temps, les kystes appendiculaires siègent à l'extrémité de la racine. Cette particularité s'explique par ce fait que, les kystes étant presque toujours en rapport avec des dents cariées, les micro-organismes, qui pénètrent en suivant le canal dentaire, provoquent l'irritation des débris paradentaires les plus voisins, c'est-à-dire de ceux qui occupent les parties les plus profondes de la membrane alvéolo-dentaire.

Comment se fait-il, d'autre part, que la racine dentaire se trouve le plus souvent à nu dans la cavité du kyste? C'est que l'épithélium, en se développant, tend à s'insinuer entre le cément et la membrane alvéolo-dentaire. Si le débris

irrité, point de départ du kyste, est éloigné de la racine, il aura un développement plus excentrique, et la racine de la dent ne fera pas saillie dans l'intérieur du kyste.

La théorie que je viens d'exposer est déduite scientifiquement de recherches positives et donne une explication satisfaisante des faits observés. Aussi tend-elle à être généralement acceptée.

Je ne ferai donc que citer la théorie émise, en 1884, par Aguilhon de Sarran. D'après cet auteur, *la paroi du kyste serait de nouvelle formation* et pourrait être comparée aux parois d'enkystement qui se produisent autour des corps étrangers; *quant à l'épithélium, il proviendrait de l'endothélium des nombreux vaisseaux* qui se rendent à l'extrémité de la dent.

Les détails qui précèdent s'appliquent aux petits kystes appendiculaires. La *pathogénie des kystes uniloculaires non appendiculaires* a été expliquée de plusieurs façons. Les kystes, même volumineux, survenus chez l'adulte et en rapport avec une racine dentaire, ont été considérés comme des *kystes appendiculaires plus développés*. Mais une explication différente a dû être cherchée pour les kystes uniloculaires qui ne sont pas en rapport direct avec une racine de dent.

Lorsque ces derniers débutent avant la fin de l'évolution dentaire, on a admis qu'ils proviennent de la *dilatation d'un follicule dentaire*; ils constitueraient le groupe des *kystes de la période embryoplastique* de Broca.

Gosselin (*Clinique chirurgicale*, 1879, t. III, p. 268) a expliqué de la manière suivante les kystes développés au voisinage de dents sorties depuis longtemps. D'après lui, les mâchoires peuvent éprouver, au voisinage d'une racine altérée, une lésion se traduisant par la formation de sérosité dans l'épaisseur de l'os; cette *ostéite séreuse* serait un diminutif de l'ostéite purulente, que les dents produisent si fréquemment.

Mickulicz (*Beitrag zur Genese der Dermoïde am Kopfe*. In *Wiener med. Woch.*, 25-30 sept. et 7 oct. 1876, p. 952, 983 et 1004), ayant observé un kyste séparé d'une racine dentaire par une coque osseuse et par la paroi kystique, le regarda comme un *kyste dermoïde, dû à un renversement et à une inclusion du feuillet externe*, lesquels se seraient produits pendant la période fœtale.

Parmi ces diverses théories, celle de Gosselin n'est plus soutenable, depuis que l'on connaît la présence constante d'un revêtement épithélial tapissant la cavité kystique. Quant aux autres théories, elles ne s'appuient sur aucun argument probant.

Au contraire, tout porte à admettre, avec Malassez, que *les kystes uniloculaires non appendiculaires ont la même origine que les petits kystes appendiculaires*, et qu'ils naissent des débris paradentaires, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Ces débris, au lieu de se trouver au voisinage de la racine d'une dent sortie, comme dans les kystes soi-disant périostiques, seraient à une certaine distance des dents, de telle sorte que les kystes qui en dérivent pourraient prendre tout leur développement, sans jamais venir au contact des dents. Il est possible, d'ailleurs, que des kystes uniloculaires, primitivement indépendants de toute racine, arrivent, en se développant, à se mettre en contact avec une racine et même à être percés par elle.

En résumé, *les kystes uniloculaires appendiculaires ou non appendiculaires semblent reconnaître la même origine que les kystes dentifères* dont j'ai parlé dans le précédent article. Dans les kystes dentifères, les débris épithéliaux, point de départ du kyste, sont voisins d'une dent en voie de formation. Dans les

kystes uniloculaires, ces débris sont voisins de la racine d'une dent sortie, ou se trouvent à une certaine distance des dents.

Symptômes et diagnostic. — Les kystes uniloculaires se développent ordinairement *à la suite d'une carie dentaire ou d'une opération pratiquée sur les dents*; ce sont ces causes qui produisent l'irritation nécessaire au développement des kystes. Le plus souvent, il existe des *douleurs* plus ou moins vives, siégeant soit dans une des moitiés de la face, soit au niveau de l'alvéole atteint.

Les caractères présentés par la *tumeur* sont semblables à ceux des kystes dentifères; mais le volume des kystes uniloculaires est d'ordinaire moindre. La *marche* des kystes uniloculaires est également lente; de même que les kystes dentifères, ils peuvent finir par s'ouvrir ou par suppurer. Enfin on a observé des *récidives* du néoplasme, soit sous forme de kyste uniloculaire, soit sous forme de kyste multiloculaire ou d'épithélioma solide.

Le *diagnostic* des kystes uniloculaires est parfois difficile. Les circonstances dans lesquelles ils se développent et les douleurs qui les accompagnent peuvent faire croire à l'existence d'un *abcès dentaire*, et bien souvent ils ne sont reconnus que lorsqu'on arrache la dent à laquelle ils se trouvent appendus. Une ponction exploratrice sera indiquée dans les cas douteux.

Bien que les douleurs fassent partie du cortège symptomatique habituel des kystes uniloculaires, la lenteur de leur développement, leur forme circonscrite, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la conservation de la santé générale empêcheront qu'on les confonde avec une *tumeur maligne*. Mais, tant que la fluctuation n'est pas perceptible, il est très difficile de poser un diagnostic précis.

Cependant l'existence d'une dent cariée au voisinage de la tumeur est un argument en faveur d'un kyste uniloculaire. D'autre part, si le système dentaire est au complet, on ne se trouve pas en présence d'un *kyste dentifère*, à moins que celui-ci ne soit en rapport avec une dent surnuméraire. On se rappellera, d'ailleurs, que, si les kystes uniloculaires se voient à tout âge, les kystes dentifères (de même que les *odontomes* inclus dans la mâchoire) ne surviennent guère qu'au moment de la seconde dentition ou du développement de la dent de sagesse.

L'*hydropisie du sinus maxillaire* pourrait être confondue avec un kyste volumineux de la mâchoire supérieure. D'après Verneuil, l'hydropisie du sinus se reconnaît à ce caractère que la dilatation se fait autant du côté des fosses nasales que du côté de la voûte palatine ou de l'orbite. Mais il peut en être de même dans les cas où le kyste a pénétré dans le sinus et lui a fait subir une dilatation excentrique. L'existence d'une hydropisie du sinus ne devra donc être considérée comme probable que si l'on constate, en même temps que la dilatation du sinus, l'absence de lésion dentaire dans son voisinage.

D'une manière générale, la *ponction exploratrice*, quand elle est praticable, est de nature à éclairer le diagnostic. Lors même que le contenu de la poche serait trop épais pour s'écouler au dehors, le trocart, promené dans la cavité du kyste, fournirait des renseignements utiles.

Traitement. — Quand un petit kyste appendiculaire se trouve arraché en même temps que la dent à laquelle il adhère, cela peut suffire à amener la guérison. Les kystes plus volumineux ont été traités par diverses méthodes, parmi lesquelles le drainage à l'aide de drains incompressibles et la résection de la paroi externe du kyste ont été les procédés jugés les meilleurs.

Mais on sait aujourd'hui que les kystes uniloculaires, de même que les kystes dentifères, sont susceptibles de récidiver, et que les récidives ne sont pas sans gravité. Le seul traitement rationnel de ces kystes consiste donc dans l'*extirpation aussi complète que possible de la poche*. Toutefois les dents en rapport avec les kystes pourront quelquefois être conservées.

4° *KYSTES MULTILOCULAIRES*

Les *kystes multiloculaires* des mâchoires, désignés encore sous les noms de *maladie kystique* ou d'*épithéliome kystique multiloculaire* des mâchoires, sont des néoplasies, macroscopiquement composées de plusieurs poches kystiques et dans lesquelles l'élément kyste domine par rapport au stroma. Cette définition, que j'emprunte à Albarran, élimine tout à la fois les kystes uniloculaires, qui renferment dans leur paroi une ou deux cavités microscopiques, et les tumeurs solides contenant des kystes.

Historique. — Cette affection a été signalée, pour la première fois, par Cusack (*Dublin Hosp. Rep.*, 1826, vol. IV, p. 29). En France, la première observation a été rapportée par Forget (*Recherches sur les kystes des os maxillaires et leur traitement*. Thèse de Paris, 1840).

Depuis cette époque, les faits publiés se sont multipliés, à tel point que Bernays (*Medical Record*, 1885, t. XXVIII, p. 1) a pu réunir 122 cas de kystes multiloculaires. Je rapporterai, à l'occasion de la pathogénie, les opinions successivement émises pour expliquer la formation de ces kystes.

Anatomie pathologique. — Les kystes multiloculaires sont *incomparablement plus fréquents à la mâchoire inférieure* qu'à la mâchoire supérieure.

Ils atteignent d'ordinaire un *volume* considérable, envahissant la moitié de la branche horizontale du maxillaire inférieur, parfois la branche montante jusqu'au-dessous du condyle, plus rarement la presque totalité de l'os. On a vu de ces kystes arriver au volume d'une tête d'enfant. Nés au centre du maxillaire, ils écartent les deux tables de l'os, qu'ils détruisent plus ou moins, et ils repoussent ou font tomber les dents; le bord inférieur de l'os résiste habituellement.

La *tumeur* est bosselée, irrégulière, osseuse par places, fluctuante ailleurs. Lorsqu'on y pratique une coupe, on aperçoit un nombre plus ou moins considérable de kystes, les uns grands, les autres petits. Ces poches kystiques communiquent entre elles; elles sont tapissées par une membrane souvent pulpeuse, rouge, vasculaire, et leur contenu peut présenter toutes les variétés observées dans les autres kystes des mâchoires. Le plus souvent, les kystes sont séparés par des travées formées par un tissu ferme et, en certains points, par des cloisons osseuses; celles-ci peuvent être assez nombreuses pour donner au maxillaire macéré un aspect alvéolaire; de même, la partie solide de la tumeur peut dominer dans un point déterminé. Enfin les poches kystiques sont quelquefois, tout comme les kystes uniloculaires, en rapport avec des racines dentaires qui se trouvent à nu dans la cavité.

Au point de vue histologique, le stroma de la tumeur est formé par du tissu fibreux et par des lamelles osseuses; par places, ce tissu fibreux est riche en