En tout cas, il n'est pas douteux que ces tumeurs ne constituent, avec les diverses variétés de kystes des mâchoires, un groupe pathologique, caractérisé par des néoformations épithéliales de type adamantin et probablement d'origine paradentaire.

Symptômes. — Les épithéliomes adamantins *se rapprochent par leurs symptômes des tumeurs bénignes* et, en particulier, des kystes des mâchoires.

Ils ont comme siège de prédilection l'angle du maxillaire inférieur. Ils sont entourés d'une coque osseuse et tendent à faire saillie sur la face externe de l'os. Leur développement ne s'accompagne d'ordinaire ni de phénomènes douloureux, ni de réaction du côté des parties voisines, bien que cependant la suppuration autour du néoplasme ait été observée. Enfin ils peuvent troubler l'évolution des dents.

La *marche* de ces tumeurs est habituellement lente et progressive; elles mettent plusieurs années à évoluer. On n'a pas observé jusqu'à présent d'envahissement ganglionnaire.

Ces caractères font penser à un néoplasme bénin ou à un kyste dentaire. Le *diagnostic* exact ne peut guère être posé qu'au cours d'une opération. Le chirurgien tombe alors sur une coque osseuse, contenant une tumeur solide bien délimitée; souvent une dent, plus ou moins bien formée, se voit dans le néoplasme ou à son voisinage.

Pronostic. — Le pronostic des épithéliomes adamantins est d'ordinaire *bénin*. La guérison définitive peut être obtenue par la simple ablation de la tumeur. Toutefois nous avons vu que les divers kystes des mâchoires sont susceptibles de récidiver, voire même de se généraliser. Les épithéliomes adamantins doivent obéir à la même loi, bien qu'on ne cite pas encore d'exemple positif de récidive.

Traitement. — La conséquence à tirer de ces faits, c'est qu'il importe de pratiquer l'*extirpation totale du néoplasme*. Mais tout en observant cette règle, on est autorisé, vu la bénignité habituelle de la tumeur, à limiter les désordres au strict minimum, à se contenter d'une abrasion complète et soigneuse du tissu morbide.

II

TUMEURS D'ORIGINE NON DENTAIRE

Les tumeurs dont j'ai à m'occuper dans ce chapitre sont toutes des tumeurs solides. En effet, il ne semble pas que l'on ait observé des kystes hydatiques dans les mâchoires, et les kystes du sinus maxillaire ont été décrits dans une autre partie de ce livre. Les autres kystes des mâchoires sont d'origine dentaire, à l'exception peut-être de quelques cas isolés (Heurtaux, Albarran), considérés comme des *épithéliomas mucoïdes à cellules caliciformes* ou *à cellules vibratiles*, et dont la pathogénie est obscure.

Parmi les néoplasmes solides des mâchoires, les tumeurs de l'orbite, des fosses nasales, du sinus maxillaire ont déjà été étudiées. Celles de la voûte

palatine seront décrites ultérieurement. Enfin l'étude des épulis sera rattachée à celle des affections des gencives, bien que ces tumeurs aient en réalité pour point de départ le squelette.

J'aurai donc à considérer ici principalement les néoplasmes, qui occupent le corps proprement dit du maxillaire supérieur ou le maxillaire inférieur, abstraction faite des tumeurs limitées au bord alvéolaire.

Les néoplasmes, que je vais étudier, sont d'une *fréquence* très inégale. O. Weber, dans le *Traité de chirurgie* de Pitha et Billroth, a donné, relativement aux tumeurs des mâchoires, les deux tableaux suivants, qui portent sur un total de 710 cas.

MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Tumeurs osseuses	32 cas.
Tumeur vasculaire	1 —
Fibromes et fibromes caverneux	17 —
Sarcomes	84 —
Enchondromes	8 —
Kystes	20 —
Polypes muqueux	7 —
Carcinomes	133 —
Mélanomes	5 —
	307 cas.

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Ostéomes vrais	25 cas.
Angiomes	2 —
Fibromes	23 —
Sarcomes	132 —
Enchondromes	14 —
Chondromes ostéoïdes	18 —
Kystes	25 —
Carcinomes	162 —
Mélanomes	2 —
	403 cas.

Il y a des réserves à faire sur cette statistique, qui remonte à une époque relativement ancienne. Ainsi les angiomes, qui y figurent, sont probablement des sarcomes très vascularisés. D'autre part, suivant la remarque de Weber lui-même, le nombre des carcinomes (dénomination sous laquelle les Allemands réunissent les épithéliomes et les carcinomes proprement dits) se trouve exagéré, par suite de la confusion souvent faite entre les sarcomes et les cancers.

D'après les chiffres de Weber, les tumeurs du maxillaire inférieur seraient plus fréquentes que celles du maxillaire supérieur. Birnbaum (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. XXVIII, p. 499), en réunissant les cas observés à l'hôpital Augusta, à Berlin, dans le service de Küster, de 1871 à 1887, est arrivé à une proportion inverse : 42 tumeurs à la mâchoire supérieure et 21 à la mâchoire inférieure.

Sur ces 63 tumeurs, Birnbaum compte :

Carcinomes	29 cas.
Sarcomes	22 —
Adénomes	2 —
Fibromes (naso-pharyngiens)	2 —
Kystes	6 —
Ostéome	1 —
Gomme	1 —
	63 cas.

Je vais passer successivement en revue les ostéomes, les fibromes, les myxomes, les lipomes, les chondromes, les sarcomes, enfin les épithéliomes et les carcinomes des mâchoires. Pour éviter des redites, je commencerai par exposer les caractères spéciaux à chaque tumeur; je réunirai ensuite, dans un article d'ensemble, les considérations relatives au diagnostic et au traitement de ces tumeurs.

1° *OSTÉOMES*

Je n'ai pas à m'occuper, dans cet article, de l'affection que j'ai décrite précédemment sous le nom d'*hypertrophie diffuse des maxillaires*. Je laisserai de côté également les *ostéomes du sinus maxillaire*, variété toute spéciale, dont il a été question à propos des maladies du sinus.

Anatomie pathologique. — Les *ostéomes* des maxillaires ont été divisés par les auteurs en *ostéomes centraux* ou *énostoses* et en *ostéomes sous-périostiques* ou *exostoses proprement dites*.

Les ostéomes du sinus maxillaire rentrent dans la première catégorie. D'autre part, il semble que certains ostéomes prennent naissance sur l'une des parois du sinus et envahissent le sinus en se développant; cette variété est essentiellement distincte de la précédente et forme un autre groupe d'ostéomes centraux. Il est douteux que des ostéomes puissent naître dans l'épaisseur du maxillaire supérieur ou du maxillaire inférieur.

La plupart des ostéomes des mâchoires sont sous-périostiques. Au maxillaire inférieur, leur siège de prédilection est la face externe de la branche montante, ou encore l'angle de la mâchoire. Au maxillaire supérieur, ils occupent de préférence les portions nasale et palatine de l'os.

Il est à remarquer que bien souvent on a pris pour des ostéomes des tumeurs de nature différente. Ainsi des *odontomes* ont été considérés comme des ostéomes éburnés, siégeant dans l'épaisseur de l'os. Les tumeurs, décrites sous le nom d'*ostéomes spongieux*, se rapportent, en général, à des néoplasmes primitivement mous (fibromes, chondromes, sarcomes), ayant subi la métamorphose calcaire ou l'ossification. Ces confusions, faites par les auteurs anciens, obligent à n'accepter qu'avec circonspection les observations qu'ils ont publiées.

Le plus souvent, les ostéomes des mâchoires sont *compacts* ou *éburnés*. Cependant dans deux cas d'ostéomes du maxillaire supérieur relatés par Pilliet (*Bull. de la Soc. anat.*, 30 mai 1890), et dans une observation d'ostéome du maxillaire inférieur publiée récemment par Berger (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1896, p. 139), la tumeur était formée par du tissu osseux jeune en voie de développement, ayant encore l'aspect *spongieux*. Dans le cas de Berger, l'ostéome faisait saillie surtout au niveau du bord alvéolaire et débordait presque également les faces interne et externe de l'os.

Une particularité curieuse a été observée par Hofmeister (*Berl. klin. Woch.*, 21 oct. 1895, p. 925). Une exostose colossale du maxillaire inférieur, dont le début remontait à 13 ans, chez une jeune fille de 27 ans, s'accompagnait de la présence, dans les parties molles sus-jacentes, d'environ 70 *ostéomes isolés*, variant du volume d'un grain de sable à celui d'une cerise.

Étiologie. — On sait que, d'une manière générale, les exostoses diffèrent absolument, par leur étiologie, des autres tumeurs des os : elles sont le résultat soit d'un travail inflammatoire, soit d'un vice de développement.

Aux mâchoires, les exostoses semblent être d'ordinaire *de nature irritative*. Les unes sont d'*origine traumatique*. D'autres sont dues à la *syphilis*. Enfin le développement des exostoses des mâchoires est assez souvent sous l'influence d'une affection du système dentaire, en particulier de l'*éruption difficile d'une dent de sagesse*. Dans ce dernier cas, c'est vers l'angle du maxillaire inférieur que siège le gonflement.

Il arrive toutefois que des ostéomes se développent aux maxillaires, sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause. Il en était ainsi dans l'observation de Berger et dans un cas de Lejars (*Gaz. hebd.*, 1896, p. 1105).

Les ostéomes se rencontrent principalement chez des *sujets jeunes*. Mais ils ont été observés également à un âge plus avancé.

Symptômes. — Le symptôme caractéristique des exostoses des mâchoires est l'*extrême dureté* de ces tumeurs. Ces néoplasmes ont d'ordinaire une forme lisse et arrondie.

Si on s'en rapporte aux faits publiés, les exostoses des mâchoires atteignent parfois un *volume* considérable, au point de causer des troubles graves : la destruction du globe oculaire, des accidents cérébraux mortels auraient été observés dans des cas d'exostoses de la mâchoire supérieure. Toutefois il n'est pas certain que ces tumeurs énormes aient été des ostéomes.

Les ostéomes des mâchoires peuvent se développer *lentement* et *sans douleur*. D'autres fois, leur développement est *assez rapide*, ou bien il existe des *douleurs vives*, qui éveillent l'idée d'une tumeur maligne. Ces particularités ne sauraient étonner, si l'on songe que l'affection prend habituellement naissance sous l'influence d'un processus inflammatoire.

Dans le cas de Berger, une suppuration s'était déclarée autour de la tumeur. Une incision exploratrice ayant montré qu'il s'agissait, non d'une nécrose, mais d'un néoplasme, Berger, vu l'évolution rapide de la tumeur (un an et demi), posa le diagnostic d'ostéosarcome et pratiqua la résection de toute une moitié du maxillaire inférieur.

On rencontrera ainsi des difficultés de diagnostic, qui pourront exposer à des erreurs et conduire à une thérapeutique trop radicale.

Pronostic. — Les ostéomes sont des *tumeurs éminemment bénignes*. Cependant l'ablation incomplète d'un ostéome peut être suivie d'une *récidive*, comme le prouve un fait observé par Jalaguier (*Semaine médicale*, 1889, p. 131). Il s'agissait d'un ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur, survenu, chez un garçon de quinze ans, consécutivement à l'éruption vicieuse d'une dent de sagesse; la tumeur, de volume notable, occupait le côté droit du maxillaire inférieur, depuis le niveau de la canine jusqu'à celui de l'arcade zygomatique. Jalaguier se fit jour à travers la masse osseuse et enleva la dent de sagesse déviée. Malgré cette intervention, qui s'était attaquée à la cause de la tumeur, la néoformation osseuse recommença; deux opérations successives furent encore nécessaires, et la guérison ne fut obtenue qu'après l'ablation complète des couches osseuses sous-périostées qui constituaient le néoplasme.

2° *FIBROMES*

Anatomie pathologique. — Les *fibromes*, plus rares au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, où ils ont été bien étudiés par Bauchet (*Des tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur*. Thèse de Paris, 1854) et par Paget, se divisent en deux variétés : les *fibromes centraux* et les *fibromes périphériques*.

Au *maxillaire supérieur*, les *fibromes centraux* atteignent parfois un énorme développement. On les voit faire saillie à la face externe du maxillaire, proéminer dans la bouche en envahissant la voûte palatine, repousser le plancher du sinus maxillaire, ou détruire sa paroi et pénétrer dans sa cavité. La formation d'une coque osseuse autour de la tumeur est rare à la mâchoire supérieure; le plus souvent, le néoplasme débute dans le voisinage de la surface de l'os et traverse rapidement la lame osseuse qui le sépare du périoste.

Les *fibromes centraux du maxillaire inférieur* siègent presque exclusivement sur les parties latérales de la branche horizontale de l'os. En se développant, ils peuvent envahir la branche verticale et même s'étendre jusqu'au condyle et à l'apophyse coronoïde. L'existence d'une coque osseuse autour de la tumeur est fréquente. Cette coque, parfois très volumineuse, est toujours interrompue en haut, et à ce niveau la masse fibreuse dépasse le bord alvéolaire, déviant ou faisant tomber les dents. Il est même arrivé, dans quelques cas, qu'une tumeur fibreuse volumineuse de la mâchoire inférieure ait amené par compression une déformation du maxillaire supérieur.

Nous avons vu précédemment que, dans le groupe des odontomes embryoplastiques admis par Broca, les *odontomes fibreux* constituent la variété la plus fréquente. Pour Virchow, les odontomes fibreux ne sont autre chose que des fibromes. Il n'est pas possible encore de trancher définitivement cette question. On dit que les fibromes sont des tumeurs diffuses, qui se continuent insensiblement avec le tissu osseux voisin, tandis que les odontomes fibreux sont nettement enkystés et isolés du tissu osseux ambiant; mais il faut reconnaître que ce caractère différentiel est loin d'être toujours nettement appréciable.

Quoi qu'il en soit, le *point de départ des fibromes centraux d'origine non dentaire* n'est pas encore clairement établi. On a songé au ligament alvéolo-dentaire, au tissu conjonctif des canalicules de Havers, au tissu médullaire de l'os. Si l'on considère que les fibromes centraux des os ne se rencontrent guère que dans les maxillaires, on arrive à conclure qu'ils doivent prendre naissance dans un tissu spécial aux mâchoires, probablement *dans le ligament alvéolo-dentaire*.

Les *fibromes périphériques* des mâchoires sont plus rares que les fibromes centraux. Il est exceptionnel qu'on les rencontre sur le corps de l'un ou de l'autre des maxillaires. Ils sont un peu plus fréquents au niveau du rebord alvéolaire et constituent alors une des variétés des tumeurs désignées sous le nom d'*épulis*.

Les épulis (de ἐπί, sur, et οὖλον, gencive), en dépit de leur nom, ne naissent pas dans les gencives; elles ont pour point de départ l'os ou le périoste. Le plus souvent, les épulis sont des sarcomes. Les *épulis fibreuses*, beaucoup moins fréquentes, se présentent sous plusieurs formes : petites tumeurs saillantes entre deux dents, ou, au contraire, tumeurs débordant en tous sens l'arcade alvéolaire, pouvant occuper une grande étendue de la mâchoire et même envahir le corps de l'os; tantôt elles ont une base assez large, tantôt elles sont

pédiculées. Je n'insisterai pas sur cette forme de fibrome des mâchoires; conformément à l'usage, les épulis seront décrites avec les maladies des gencives.

Les fibromes des mâchoires sont des *fibromes fasciculés*. Ils subissent assez souvent certaines *transformations* partielles, telles que la calcification, l'ossification, plus rarement la transformation cartilagineuse. Dans d'autres cas, des cavités kystiques se développent dans l'épaisseur de la tumeur, ou bien celle-ci présente une vascularisation anormale. Enfin il paraît bien démontré que parfois les fibromes des maxillaires se transforment en sarcomes.

Étiologie. — Bien que les fibromes des mâchoires aient été observés à tous les *âges*, ces tumeurs se développent surtout chez des sujets encore jeunes.

Assez souvent, ces fibromes reconnaissent une *cause locale*, par exemple un coup sur la région où se forme la tumeur, ou quelque phénomène pathologique du côté de l'appareil dentaire (avulsion d'une dent, racine abandonnée dans un alvéole, carie dentaire). Ces tumeurs sembleraient donc être de nature irritative, et leurs relations avec les affections dentaires viennent à l'appui de l'hypothèse, qui leur assigne comme origine le ligament alvéolo-dentaire.

Symptômes. — Les *symptômes fonctionnels* des fibromes des mâchoires se réduisent d'ordinaire aux troubles produits par l'augmentation de volume de l'os : gêne de la mastication, de la parole et même de la respiration. Les fibromes du maxillaire supérieur peuvent, en se développant vers le haut, provoquer l'obstruction des fosses nasales et l'exophthalmie. Ceux de la mâchoire inférieure refoulent la langue en arrière et arrivent à comprimer le larynx. Les fibromes qui envahissent les arcades alvéolaires peuvent faire tomber les dents, ou simplement les dévier. Du reste, les *douleurs* font défaut, sauf dans les cas exceptionnels où la tumeur exerce une compression sur un des nerfs de la région.

Comme *signes physiques*, on constate l'augmentation de volume de l'os, augmentation dont la forme est des plus variables. S'il s'agit d'un fibrome central, la consistance de la tumeur n'est pas perceptible au début; elle est masquée par la couche osseuse qui entoure le néoplasme. Au maxillaire inférieur, la sensation de crépitation parcheminée n'est pas rare; au maxillaire supérieur, elle est exceptionnelle. Quoi qu'il en soit, les caractères des fibromes ne peuvent être constatés que lorsqu'on se trouve en face d'un fibrome périphérique, ou d'un fibrome central qui a franchi sa coque osseuse.

Dans ces conditions, la tumeur est dure, plus ou moins élastique, mais de consistance égale partout. Sa surface est lisse; la peau ou la muqueuse qui la recouvrent sont saines. Cependant on a vu la muqueuse s'ulcérer par la pression des parties voisines; mais elle ne présente pas alors les fongosités saignantes qui s'observent dans les tumeurs malignes.

Marche et pronostic. — Les fibromes des mâchoires se développent d'ordinaire avec une *grande lenteur*. Quelquefois cependant la marche de la tumeur, d'abord lente, *devient tout à coup rapide*, à la suite d'un traumatisme ou même sans cause appréciable. Les fibromes peuvent atteindre alors un volume considérable; même dans ce cas, ils se bornent habituellement à repousser les tissus voisins sans les envahir, et ils ne déterminent pas l'engorgement des ganglions.

Les fibromes des mâchoires sont des *tumeurs bénignes*, en ce sens qu'ils ne se généralisent pas et qu'ils ne récidivent pas après ablation, à moins que l'extir-

pation n'ait pas été complète. Toutefois, le pronostic doit être réservé, à cause de la *transformation possible du fibrome en sarcome*; quand cette transformation s'observe, l'évolution de la tumeur est celle d'une tumeur maligne.

3° *MYXOMES*

Les *myxomes* des os, assez rares en général, se rencontrent particulièrement aux deux mâchoires. Volkmann les fait naître de l'intérieur de l'os. D'après Cornil et Ranvier, au contraire, ils prennent naissance sous le périoste.

Le plus souvent, le myxome des mâchoires n'est pas un myxome pur; quelques points de la tumeur ont subi la transformation fibreuse, cartilagineuse, ou même sarcomateuse; d'autres fois, des cavités kystiques se forment au sein de la masse morbide.

Les myxomes des maxillaires peuvent atteindre un très grand volume. Lorsqu'ils apparaissent à l'extérieur, on constate qu'ils sont mous, presque fluctuants. Ils ne déterminent, d'ailleurs, ni l'ulcération de la peau, ni l'engorgement des ganglions.

Les myxomes sont des *tumeurs bénignes*, à marche assez lente. Le pronostic devient plus sérieux quand le néoplasme présente des points sarcomateux.

4° *LIPOMES*

Il existe dans la science deux observations de *lipomes* du maxillaire supérieur.

La première, due à Viard (*Bull. de la Soc. anat.*, mai 1850, t. XXV, p. 142), concerne une tumeur trouvée sur le cadavre d'un homme mort de méningite. Le maxillaire supérieur droit présentait à peu près le volume d'un œuf de dinde. Une masse graisseuse avait pris presque entièrement sa place et remplissait la cavité du sinus maxillaire. Cependant l'affection paraissait n'avoir pas débuté par ce sinus; car on trouvait, dans l'épaisseur de la tumeur, des lamelles osseuses entre-croisées et séparées les unes des autres par du tissu adipeux.

Le second exemple de lipome du maxillaire supérieur est une pièce, recueillie également sur un cadavre par Triquet (Soc. de biologie, 5 avril 1851). La tumeur, tout à fait analogue à la précédente, avait le volume d'un œuf de poule.

5° *CHONDROMES*

Anatomie pathologique. — Les *chondromes* des mâchoires, notablement plus rares que les fibromes, s'observent plus souvent à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure.

Ils prennent naissance soit dans l'épaisseur même de l'os (*enchondromes*), soit sous le périoste (*périchondromes*). D'après certains auteurs, l'enchondrome se développe surtout à la mâchoire inférieure, tandis que les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur sont presque exclusivement des périchondromes. Mais il faut reconnaître qu'en général la distinction entre les deux variétés est difficile ou même impossible à faire, à moins que la tumeur ne soit de date récente.

Dans un rapport lu à la Société de chirurgie, à propos d'une observation de

Kirmisson, Paul Berger (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 293) a étudié spécialement les *chondromes du maxillaire supérieur*. Il indique comme point de départ de la tumeur, par ordre de fréquence : le bord alvéolaire de l'os (10 cas), sa face antérieure (7 cas), le sinus maxillaire (4 cas), l'apophyse nasale (3 cas), enfin la voûte palatine, la paroi externe des fosses nasales, la face interne de l'orbite. Dans trois cas, le chondrome, parti de l'ethmoïde ou de la base du crâne, n'avait envahi le maxillaire supérieur que consécutivement.

Le développement ultérieur de ces chondromes est, dans une certaine mesure, sous la dépendance de leur siège originel. Mais, quand ils ont acquis un volume notable, l'aspect de la tumeur est sensiblement semblable, quel qu'en soit le point de départ. On peut voir alors la cavité buccale envahie, au point que le maxillaire inférieur est repoussé, les fosses nasales oblitérées, l'œil recouvert par la tuméfaction ou chassé de son orbite; les prolongements de la tumeur peuvent envahir même la région parotidienne et la cavité naso-pharyngienne.

A la *mâchoire inférieure*, où les chondromes débutent plutôt dans l'intérieur de l'os, ces tumeurs sont alors enfermées dans une coque osseuse habituellement incomplète. On a observé, au maxillaire inférieur, des périchondromes énormes, entourant la presque totalité de l'os et le débordant considérablement en haut et en bas. Dans un cas de ce genre, dont la pièce est conservée au Collège des chirurgiens de Londres, la tumeur mesurait deux pieds de circonférence et six pouces d'épaisseur.

La plupart des tumeurs cartilagineuses des maxillaires sont des *chondromes proprement dits*, appartenant surtout aux groupes des chondromes hyalins, des chondromes ossifiants et des fibro-chondromes. D'autres fois, *la tumeur est mixte*, tenant à la fois du chondrome et du sarcome (*chondro-sarcome*); ou bien il s'agit d'un de ces néoplasmes, que Virchow appelle *chondromes ostéoïdes* et que Cornil et Ranvier séparent des chondromes sous le nom de *tumeurs ostéoïdes*.

Étiologie. — Les chondromes des mâchoires ont été observés à tout *âge*. Mais ils se voient principalement chez des sujets jeunes. Les causes de leur développement sont inconnues.

Symptômes. — Le début de la tumeur est quelquefois marqué par des *douleurs dentaires* ou par un sentiment de gêne et de pesanteur. Dans d'autres cas, le malade constate simplement l'augmentation de volume de l'os.

Les progrès de la tumeur sont généralement *très lents*. Les *troubles* qui résultent de son accroissement sont les mêmes que ceux que provoquent les fibromes des mâchoires; je n'y insisterai donc pas. D'autre part, tous les néoplasmes des maxillaires présentent des *signes physiques* analogues, tant qu'ils restent enfermés dans l'enceinte de l'os. Les chondromes, une fois qu'ils ont franchi cette enceinte, sont des tumeurs d'ordinaire dures, de consistance parfois inégale, avec des portions molles, presque fluctuantes et des saillies noueuses.

Marche et pronostic. — *Une distinction capitale doit être faite, au point de vue de la marche, entre les chondromes proprement dits et les faux chondromes.* C'est ainsi que les chondro-sarcomes évoluent rapidement, dans l'espace d'un ou deux ans par exemple, avec les caractères des tumeurs malignes. Les tumeurs ostéoïdes semblent avoir une marche encore plus rapide.

Quant aux chondromes proprement dits, ce n'est qu'exceptionnellement