

épithéliales et conjonctives. Parmi les tumeurs vasculaires, je rangerai les anévrysmes, quoiqu'il n'y ait là rien de néoplasique; et de même, pour ne pas faire un chapitre à part pour les parasites de la gencive d'après l'observation unique de Lefoulon <sup>(1)</sup>, je citerai ici les *kystes hydatiques*, formant une tumeur fluctuante, recouverte d'une muqueuse intacte.

#### A. — TUMEURS VASCULAIRES

Grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, certaines tumeurs, autrefois appelées hématomas et rangées dans les tumeurs vasculaires, ont été attribuées aux ostéosarcomes.

**Anévrysmes de l'artère dentaire inférieure.** — Ruz, Heyfelder ont décrit des anévrysmes de l'artère dentaire inférieure qui ont usé la paroi osseuse du canal dentaire et sont venus constituer à la face externe du rebord alvéolaire une tumeur molle, fongueuse, réductible, de la grosseur d'un petit pois, donnant lieu à des hémorragies répétées, si bien même que la malade de Ruz, fille de treize à quatorze ans, en est morte. Chez un homme âgé de trente-deux ans, Heyfelder a tari les hémorragies grâce à des applications de fer rouge. Mais son observation a eu cependant, comme celle de Ruz, la consécration de l'autopsie, car le sujet a succombé peu de temps après au choléra.

**Angiomes.** — Les angiomes de la gencive ne sont souvent que la propagation d'un angiome lingual ou génien; parfois cependant ils naissent au niveau du bord alvéolaire et ils auraient alors, d'après S. Duplay, une implantation dans le tissu spongieux de l'os. Ces tumeurs érectiles sont bourgeonnantes, violacées, molles, facilement saignantes, compressibles, quelquefois réductibles. Elles sont congénitales, ou tout au moins leur place était marquée dès la naissance par une tache vasculaire. Les dents qui leur correspondent, souvent incrustées de tartre, ne sont en général pas autrement altérées.

Quelques cautérisations interstitielles faites avec la pointe d'un thermocautère suffirent le plus souvent à enrayer le mal.

Néanmoins, d'après une description de Salter, la transformation en *anévrisme cirsoïde* serait possible. Cet anévrysme se développerait de préférence au-devant du maxillaire inférieur, au niveau des incisives et de la canine; ses caractères seraient analogues à ceux des tumeurs érectiles, mais sa surface serait parcourue de vaisseaux faciles à distinguer; après avoir été vidé par la pression, il se remplirait en une ou deux pulsations. Si la tumeur était localisée, le mieux serait de l'enlever au bistouri; l'hémorragie serait abondante, mais s'arrêterait bien par la compression.

#### B. — TUMEURS ÉPITHÉLIALES

On peut observer, assez fréquemment sur le rebord alvéolaire supérieur, exceptionnellement sur le rebord alvéolaire inférieur, de petits *kystes épidermiques*, à contenu d'apparence sébacée, qui n'existent qu'à la fin de la vie intra-

<sup>(1)</sup> LEFOULON, *Journal hebdomadaire des progrès des sciences et des institutions médicales*, Paris, 1856, t. IV, p. 151.

utérine et pendant les deux premiers mois qui suivent la naissance. Ces petits kystes, bien étudiés par Guyon et Thierry, n'ont qu'un intérêt purement anatomo-pathologique.

**Épithéliome.** — L'épithéliome de la gencive n'est souvent que la propagation d'un épithéliome des parties voisines, des lèvres, du plancher buccal, des maxillaires. Né sur place, il est rare. C'est alors, en général, un épithéliome pavimenteux, et on l'explique par la dégénérescence de l'épithélium qui revêt la gencive. Cette origine est réelle, mais semble n'être pas la seule possible. Parfois, en effet, dès examens de Malassez <sup>(1)</sup>, d'Albarran, de Ch. Heath, de Bruce, le montrent, à l'épithélium pavimenteux sont mêlées des cellules d'épithélium adamantin et même de petits kystes; si bien que Malassez fait intervenir la dégénérescence de débris épithéliaux inclus dans la gencive, débris qui paraissent aussi en cause pour expliquer les petits kystes de Guyon et Thierry.

C'est en raison seulement de ces discussions anatomo-pathologiques que l'épithéliome de la gencive devait nous arrêter un instant. En clinique, il n'offre pas de particularités bien importantes. Sa marche serait, d'après O. Weber, plus bénigne que celle des autres épithéliomas intra-buccaux. Le diagnostic est aisé: avec un peu d'attention, on ne s'en laissera pas imposer par une ulcération creusée sur la gencive dégarnie en regard d'une dent rugueuse de la mâchoire opposée; en cas de doute, il faut d'abord enlever la dent suspecte et observer l'effet produit.

Le seul traitement efficace est l'ablation large et complète avec la partie correspondante du rebord alvéolaire.

#### C. — TUMEURS CONJONCTIVES

Les tumeurs conjonctives sont celles auxquelles on tend de plus en plus à réserver le nom d'épulis. Encore faut-il établir une distinction importante. A la gencive, ou plutôt au rebord alvéolaire, on voit des tumeurs de deux espèces: les unes sont d'origine muqueuse ou sous-muqueuse, les secondes sont d'origine osseuse, alvéolaire.

**Fibromes sous-muqueux.** — Le fibrome sous-muqueux est très rare, mais il existe, et j'en ai enlevé un à une dame d'une soixantaine d'années chez qui il s'était lentement développé en quinze ans. C'était une tumeur lisse, parfaitement sphérique, blanche, bien médiane sous le frein supérieur, de consistance uniformément dure, indolente, grosse comme une noisette et n'ayant pour tout inconvénient qu'un soulèvement disgracieux de la lèvre supérieure. Je l'excisai simplement d'un coup de ciseaux courbes et l'examen histologique put vérifier mon diagnostic clinique.

#### TUMEURS ALVÉOLAIRES

Les tumeurs alvéolaires sont bien plus importantes. A vrai dire, elles sont des tumeurs des maxillaires; mais l'usage est de les ranger, sous le nom

<sup>(1)</sup> MALASSEZ, *Arch. de phys.*, Paris, 1885, 5<sup>e</sup> série, t. VI, p. 280.

d'épulis, parmi les maladies des gencives, et il faut reconnaître que cet usage est jusqu'à un certain point justifié. Ces tumeurs alvéolaires sont, sans doute, presque toujours des ostéosarcomes, mais leur évolution est bien spéciale, leur pronostic a une bénignité relative, malheureusement inconnue aux ostéosarcomes du corps des maxillaires; leur siège sur le rebord alvéolaire leur donne un aspect particulier et permet des interventions souvent peu importantes.

SAUREL, Mémoire sur les tumeurs des gencives connues sous le nom d'épulis. *Rev. théor. du Midi*, Montpellier, 1857, t. XI, p. 423, 454, 479, 520, 535. — NÉLATON (EUG.), Mémoire sur une nouvelle espèce de tumeurs bénignes, ou tumeurs à myéloplaxes. Thèse de doct. de Paris, 1860, n° 58. — VIRCHOW, Pathologie des tumeurs, trad. Aronsohn, Paris, 1869, t. II, p. 307. — GOEURY (A.), Des tumeurs solides du bord alvéolaire. Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 218. — DESIR DE FORTUNET, Note sur quelques cas de tumeurs des gencives. *Revue de chir.*, Paris, 1887, t. VII, p. 786.

**Anatomie pathologique.** — Le fibrome, seul admis autrefois, est au contraire la variété la moins fréquente. Il se présente avec ses caractères habituels, avec ses faisceaux conjonctifs nettement fibrillaires, ondulés, entre-croisés en feutrage. Dans certains cas, dit Malassez, les faisceaux ressemblent aux fibres de Sharpey, sont homogènes, réfringents, parallèles les uns aux autres et anastomosés entre eux.

Le sarcome est la forme habituelle, et le plus souvent c'est l'ostéosarcome à myéloplaxes qui constitue les épulis; tumeur à myéloplaxes quelquefois presque pure, contenant des cellules énormes, visibles même à l'œil nu, ou bien

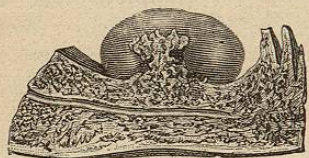


FIG. 51. — Épulis sarcomateuse naissant de la paroi interalvéolaire. (Follin et Duplay.)

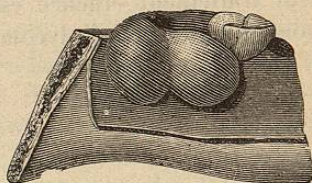


FIG. 52. — Épulis. (Follin et Duplay.)

mélangée aux autres variétés de sarcome. Ces variétés, sarcome globocellulaire, sarcome fuso-cellulaire, peuvent d'ailleurs exister sans l'intervention des myéloplaxes.

Le chondrome est rare. On cite à cet égard des observations de Dolbeau, de Beck, de Deroubaix, de Lediard (1).

Quelle que soit la nature anatomique précise de la tumeur, on rencontre quelquefois dans son épaisseur des parcelles osseuses, soit venues du bord alvéolaire où le néoplasme est né, soit développées au sein même du néoplasme, dans un de ces sarcomes ossifiants où l'on peut suivre toutes les phases de l'ossification. Très souvent, ajoute Malassez, on trouve dans la masse morbide des débris épithéliaux paradentaires, et Albarran (2) a étudié des pièces où cet épithélium revêtait l'aspect de l'épithélium adamantin à ses premières phases. On conçoit aussi que ces amas épithéliaux soient entourés de tissu myxomateux, et c'est ainsi que se constituent probablement les myxosarcomes dont Trélat (3), par exemple, a publié un fait.

(1) DEROUBAIX, *Presse méd. belge*, Bruxelles, 1875, t. XXVII, p. 281. — LEDIARD, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1881, t. XXXII, p. 244.

(2) ALBARRAN, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1885, p. 507, et 1886, p. 25.

(3) TRÉLAT, *Gazette des hôp.*, Paris, 1877, p. 145.

Parcelles osseuses, débris épithéliaux inclus, voilà des arguments pour attribuer au squelette alvéolaire l'origine des épulis. Mais faut-il invoquer, avec Virchow, Magitot, Lannelongue, U. Trélat, le périoste sous-gingival; ou bien, avec Eugène Nélaton, Dolbeau, Cornil et Ranvier, faut-il faire naître l'épulis jusque dans la moelle osseuse? De plus, la tumeur s'implante-t-elle primitivement comme le veut Salter, au niveau du collet de la dent; ou bien doit-on accorder à Magitot qu'elle est d'abord profonde, située au fond de l'alvéole d'où elle chasse la dent? Peut-être toutes ces hypothèses sont-elles réalisées, chacune à leur tour, et peut-être aussi ces diversités d'origine sont-elles en relation avec certaines particularités de structure. Ainsi les tumeurs à myéloplaxes, que visent surtout Dolbeau, Eug. Nélaton, débiteraient à l'intérieur de l'os, dans les cloisons inter-alvéolaires, et ne pousseraient au dehors qu'après rupture de la coque qui primitivement les entoure. Par contre, les myxosarcomes seraient périostogènes d'après U. Trélat.

Quel que soit son siège primitif, l'épulis se développe du côté de la bouche, en refoulant la gencive et les dents. Elle a peu tendance à gagner vers le corps de la mâchoire, à moins pourtant qu'elle ne se trouve voisine du sinus maxillaire, où Bryant (4) a vu pénétrer un fibrome simple.

Pour terminer cette description anatomique, je noterai une particularité importante. La circulation est en général assez développée dans les épulis, surtout dans les tumeurs à myéloplaxes, et dans ces dernières Malassez et Ch. Monod (5) ont vu que les vaisseaux se forment aux dépens des plaques à noyaux multiples, transformées en réseaux vaso-formatifs.

**Étiologie.** — Gore, Neumann (6) ont parlé d'épulis congénitales: mais la nature exacte des productions ainsi dénommées n'a pas été bien déterminée.

Les sujets sont d'ordinaire jeunes, généralement âgés de quinze à vingt-cinq ans. Il est rare que la maladie débute après trente-cinq ans. La femme paraît plus fréquemment atteinte que l'homme.

Il est classique d'admettre que la mâchoire inférieure est le siège de prédilection des épulis. Mais Salter, U. Trélat, contestent cette proposition, exacte cependant pour les deux cas que j'ai opérés chez l'enfant.

Les causes déterminantes sont peu connues. Il semble cependant que les diverses irritations aient une influence réelle, et l'on a relevé dans les antécédents de ces malades des gingivites, des difficultés dans l'éruption des dernières molaires, des coups, des fractures alvéolaires, des caries dentaires.

**Symptômes.** — Pendant une première période, la tumeur est intra-alvéolaire, et à ce moment elle ne se manifeste que par des symptômes subjectifs, par une sensation de tension profonde, par des odontalgies. Mais bientôt la dent correspondante s'ébranle, puis elle tombe; ou bien cette dent est arrachée pour calmer les douleurs dont on la croit la cause. Une fois la dent tombée, d'ailleurs, les douleurs cessent ou tout au moins s'amendent, car la tumeur peut se développer librement au dehors.

Dans certains cas, plus rares, où la tumeur naît dans un espace interdenteaire

(4) BRYANT, *Guy's hosp. Rep.*, London, 1870, 3<sup>e</sup> série, t. XV, p. 265.

(5) MALASSEZ et MONOD, *Arch. de physiol.*, Paris, 1878, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 375.

(6) NEUMANN, *Arch. der Heilk.*, Leipzig, 1871, t. XII, p. 189. — GORE, *British med. Journal*, London, 1884, t. I, p. 66.

ou dans un alvéole antérieurement déshabité, cette période prémonitoire fait défaut et la tumeur constitue le premier symptôme.

On voit d'abord apparaître une petite excroissance lisse, arrondie, rouge, adhérente à l'os, grosse comme un pois, et se développant lentement, généralement sessile. Il est assez rare que son volume dépasse beaucoup celui d'une cerise : la gêne mécanique de la mastication est en effet assez marquée, et les malades viennent de bonne heure trouver le chirurgien. Il en est, toutefois, dont l'incurie est grande et qui laissent s'accroître une tumeur qui gagne vers les deux faces de la gencive et en même temps vers le bord inférieur de l'arcade alvéolaire, en se moulant sur la joue, sur la langue, sur les dents voisines. Liston cite même un sujet chez lequel une épulis fibreuse, vieille de huit ans, avait pris un développement tel que le nez disparaissait dans sa tuméfaction.

Au début, la tumeur est généralement lisse, ferme, rouge. Plus tard, sa consistance varie suivant sa structure, et en particulier les tumeurs à myéloplaxes se caractérisent, dans les cas typiques, par une couleur brunâtre, d'un rouge obscur, livide ou violacé, par une grande mollesse, allant parfois jusqu'à la pseudo-fluctuation, et, dans ces derniers cas, la tumeur peut être télangiectasique et pulsatile.

La gencive le plus souvent est saine au niveau d'une épulis. C'est par action purement mécanique que les dents sont chassées de leurs alvéoles, et, cela fait, le néoplasme n'a guère de tendance à l'ulcération. Parfois un enduit pulvace fait croire à une perte de substance : l'erreur est vite rectifiée si l'on gratte avec une spatule la surface suspecte. Cependant O. Weber parle de malades chez lesquels la muqueuse, très distendue, s'est sphacélée.

Le trouble fonctionnel principal est la gêne mécanique de la mastication. Une fois la tumeur sortie de l'alvéole, l'indolence est la règle, spontanément et à la pression. C'est à titre d'exception que je mentionnerai une observation de Hulke (\*) où une petite épulis fut la source d'hémorragies profuses.

**Diagnostic.** — Tant que la tumeur est intra-alvéolaire, elle ne sera différenciée d'une tumeur dentaire qu'après ablation de la dent douloureuse.

Une fois la tumeur épanouie au dehors, les erreurs sont à l'ordinaire faciles à éviter. Les fongosités des gencives peuvent se développer au point de former de vraies masses papillaires, parfois appelées à tort polypes des gencives. Mais elles sont d'origine inflammatoire, causées et entretenues par des caries pénétrantes ; elles saignent facilement et suppurent.

Les tumeurs érectiles ressemblent au premier abord aux tumeurs à myéloplaxes, comme elles violacées et quelquefois partiellement pulsatiles. Mais les tumeurs érectiles sont congénitales, réductibles, et quand elles sont pulsatiles elles le sont dans toute leur étendue.

L'épithéliome se reconnaît à ses tendances ulcéreuse, végétante et envahissante, aux douleurs qu'il détermine, à l'engorgement ganglionnaire dont il ne tarde pas à s'accompagner.

Après avoir établi qu'on est en présence d'une épulis, il faut, autant que possible, diagnostiquer sa variété. Nous avons déjà esquissé les caractères objectifs propres à la tumeur à myéloplaxes. Quant aux sarcomes fuso-cellulaires et globo-cellulaires, leurs différences de consistance, de vascularisation, d'évolution, sont bien peu appréciables.

(\*) HULKE, *Lancet*, London, 1882, t. I, p. 347.

**Pronostic.** — L'épulis est une tumeur ordinairement bénigne. Son accroissement est lent, l'engorgement ganglionnaire est exceptionnel et en tout cas très tardif, la santé générale n'est en rien altérée, même au bout de plusieurs années. Il ne faudrait pas, toutefois, affirmer la constance de cette bénignité, de ce contraste avec l'ostéosarcome des mâchoires. Après ablation d'une épulis, Le Fort, Terrillon, ont observé la mort par généralisation osseuse, selon l'évolution des ostéosarcomes les plus malins ; dans un cas de Chr. Heath, la récurrence a eu lieu avec transformation épithéliomateuse, et peut-être faut-il faire intervenir parfois, dans les faits de ce genre, les débris épithéliaux dont on a signalé l'inclusion dans la masse morbide.

Après ablation large, la tumeur ne se reproduit en général pas et la récurrence locale n'a été observée que 3 fois sur 18 dans la statistique de Czerny publiée par Melville Wassermann<sup>(1)</sup>. Ces récurrences sont même, à vrai dire, plutôt des continuations du mal, incomplètement détruit, comme le déclaraient déjà les auteurs du *Compendium*, et la plupart du temps on les évite si l'on dépasse largement les limites du néoplasme.

**Traitement.** — Je passerai sous silence les tentatives anciennes de ligature en masse, de cautérisation. De même pour l'électrolyse.

Un seul traitement mérite d'être conservé : l'ablation de la tumeur, avec destruction soignée de son point d'implantation. Si donc l'épulis empiète sur les deux faces de la gencive, si elle a érodé la substance osseuse, on n'hésitera pas à pratiquer à la pince coupante la résection du rebord alvéolaire. Mais quand l'implantation est limitée à un alvéole, on peut être plus conservateur et se contenter, après excision des parties molles, de ruginer, de ruginer l'alvéole à la gouge ; Eug. Nélaton, Magitot, ont même conseillé simplement la cautérisation au chlorure de zinc ou à l'acide chromique, ce qui est insuffisant.

Si la section osseuse saigne, la compression y pare presque toujours ; en cas d'échec, on aurait recours au fer rouge.

Après ces opérations, on assurera l'antisepsie buccale, dans la mesure du possible, par des lavages avec des solutions d'acide borique, de chloral.

Après cicatrisation, si la perte de substance est large, l'application d'une pièce prothétique sera parfois indiquée.

#### D. — HYPERTROPHIE CONGÉNITALE DES GENCIVES

L'hypertrophie congénitale des gencives est une maladie très rare, encore mal connue. On en avait déjà publié quelques observations éparses, oubliées, lorsqu'elle a été nettement décrite pour la première fois par Salter, en 1859<sup>(2)</sup>. D'ailleurs, malgré Salter, Chr. Heath n'admet pas que la lésion soit congénitale et dans les cas qu'il a observés, elle n'existait pas à la naissance.

L'hypertrophie peut être limitée à un segment d'un bord alvéolaire, à une des faces des gencives, mais en général tout le bord gingival, et même aux deux

(1) MELVILLE WASSERMANN, Dissert. inaug. de Heidelberg, 1887, et *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1886-1887, t. XXV, p. 568.

(2) CLIET, *Observations méd.-chir.*, Lyon, 1823, p. 2 et 50. — GROSS, *Louisville Rev.*, 1856, t. I, p. 232. — MAC GILLIVRAY, *Aust. med. Journal*, Melbourne, 1871, t. XII, p. 259. — MURRAY, *Med. chir. Transact.*, London, 1873, t. LVI, p. 255. — HEATH, *Transact. of the odont. Soc.*, 1879, t. XI, p. 18. — HEATH, *Brit. med. Journal*, London, 1897, t. I, p. 1073.