

D'après cette manière de définir et d'envisager l'odontome, on doit étudier cette affection dans les diverses phases de l'évolution de l'organe dentaire : *période embryoplastique, période odontoplastique, période coronaire, période radiculaire*, ce qui revient à diviser les odontomes en quatre groupes correspondant aux quatre périodes du développement de la dent (voy. p. 667).

*Période embryoplastique.* — Il est rare que l'odontome qui prend naissance à cette période de l'évolution de l'organe dentaire reste à l'état d'une hypertrophie pure et simple du bulbe dentaire sans changement de structure ; il en existe cependant quelques exemples, dont deux cités par Wedl et un troisième présenté par Debove, à la *Société anatomique*, sous le nom de *myxomè papillaire* (1873). En pareil cas, la tumeur est mollassse, vaguement fibrillaire, et couverte de cellules embryonnaires éparses dans de la substance muqueuse ; elle présente, en un mot, la structure du bulbe dentaire à l'état embryoplastique, sans en excepter les saillies papillaires, qui sont augmentées à la fois de nombre et de volume.

Mais, le plus souvent, l'organisation de la tumeur est plus avancée, sans qu'elle dépasse toutefois le type du tissu conjonctif ; elle rappelle alors par sa structure le tissu normal de la pulpe dentaire (Robin) ; elle est riche en éléments étoilés ou fusiformes, épars dans des faisceaux de tissu conjonctif (*odontome fibro-plastique* de Broca, *sarcome fasciculé* des Allemands).

D'autres fois enfin, elle présente, non-seulement à l'œil nu, mais encore au microscope, tous les caractères du fibrome (*odontome fibreux* de Broca, *fibrome* des Allemands). L'odontome fibreux peut, comme tous les autres fibromes, s'imprégner de sels calcaires ou même s'ossifier en partie, et devenir ainsi un *fibrome ossifiant*. L'odontome fibreux est, sans contredit, des trois variétés la plus fréquente, et celle dont les caractères cliniques ont été le plus anciennement et le mieux connus.

*Période odontoplastique.* — Arrivé à cette période, l'organe dentaire est constitué par le bulbe dentaire, recouvert çà et là de petites plaques de dentine connues sous le nom de *grains dentinaires*, et qui, par leur réunion, vont former plus tard le *chapeau de dentine* recouvert lui-même par la coque de l'émail, dont le développement suit de très-près celui de l'ivoire. Telle est aussi, toutes proportions gardées, la structure des *odontomes odontoplastiques* ; parfois ce sont des tumeurs dures, d'aspect fibreux, parsemées çà et là de petites concrétions calcaires, qui donnent à la surface de la coupe un aspect granulé, comparable à celui de la pomme de terre (Robin). Au microscope, ces grains calcaires présentent tous les caractères de la dentine en voie de développement, et la trame fibreuse ceux du bulbe ou de la pulpe dentaire avec ses éléments cellulaires propres.

D'autres fois, ces odontomes forment des tumeurs dures, de consistance osseuse, mamelonnées, recouvertes à leur surface de saillies papillaires ; au microscope, on reconnaît facilement que cette substance d'apparence osseuse présente en réalité la structure des tissus dentaires

définitifs (dentine, émail). On n'y trouve jamais de traces de ciment.

La disposition irrégulière, mamelonnée, informe, que présentent souvent les tumeurs s'explique facilement par la tendance du bulbe dentaire, lorsqu'il s'hypertrophie, à exagérer le nombre et le volume des saillies papillaires normales ; en outre, l'hypertrophie frappe fort inégalement chacune des parties du bulbe, et tend ainsi à le diviser en un certain nombre de lobules secondaires, dont chacun peut subir isolément la dentification (kystes dentifiés). La division de ces bulbes secondaires peut être complète, et la tumeur se compose alors d'un plus ou moins grand nombre de masses d'ivoire isolées.



FIG. 167. — Odontome odontoplastique (Broca).

Les odontomes des périodes *coronaire* et *radiculaire* ont déjà été décrits avec les tumeurs des dents dont il était à peu près impossible de les séparer (voy. p. 682).

Les kystes et les odontomes présentent à considérer un contenant et un contenu. Que le contenu soit liquide, solide ou mixte, la texture du contenant ne change pas. Le sac kystique, résultat de la transformation du sac dentaire, est formé par une membrane celluleuse, lâchement adhérente. Il peut présenter la structure et jusqu'au revêtement épithélial de la paroi externe du follicule ; mais il subit avec le temps des transformations qui le rendent méconnaissable ; c'est ainsi qu'il peut perdre son épithélium et s'ossifier, comme dans le cas de Cartwright, cité par Heath.

Le contenu est *liquide, solide* ou *mixte*. Les kystes à contenu exclusivement liquide sont excessivement rares dans l'immense majorité des cas,

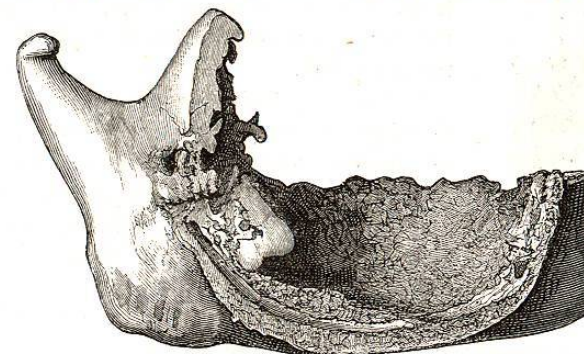


FIG. 168. — Kyste dentigère de la mâchoire inférieure contenant la dent de sagesse renversée (Lisfranc).

sinon dans tous, on trouve adhérents sur un point quelconque de la paroi des vestiges plus ou moins reconnaissables de l'organe dentaire, à l'une de ses phases d'évolution, ou même une ou plusieurs dents (fig. 168) ayant atteint leur développement complet (*kystes dentigères*). Le liquide consiste

ordinairement en une sérosité claire, souvent visqueuse ou gélatineuse. Le microscope permet d'y constater la présence de cellules épithéliales plus ou moins altérées, et provenant de la face interne du follicule; ces cellules épithéliales s'accumulent quelquefois en assez grande quantité pour donner au kyste tous les caractères des kystes sébacés, comme dans les cas de Seultet et de Maisonneuve (1). On y trouve encore quelquefois des cristaux de cholestérine.

Le contenu des kystes solides a déjà été étudié et décrit plus haut, sous le nom d'odontomes.

Les kystes dentaires et les odontomes sont plus fréquents à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Les dents les plus fréquemment atteintes sont les premières molaires, et plus rarement les grosses molaires; les canines et les incisives viennent en dernier lieu; encore faut-il remarquer qu'en fait d'odontomes l'*odontome coronaire partiel* est le seul qui ait été observé sur ces dernières. L'affection est spéciale ou même exclusive aux dents permanentes; mais elle se développe quelquefois aux dépens de germes surnuméraires. Quoique siégeant le plus ordinairement sur un point de la longueur des bords alvéolaires, les kystes folliculaires peuvent être *hétérotopiques*, c'est-à-dire se développer aux dépens d'un follicule dentaire occupant une position anormale, dans la branche montante du maxillaire supérieur, dans la fosse canine, dans le rebord orbitaire, dans la voûte palatine, dans la branche montante du maxillaire inférieur, comme le montre la fig. 169.

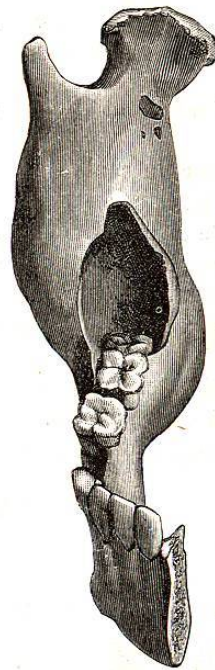


Fig. 169. — Kyste de la branche montante du maxillaire inférieur ayant pour point de départ la dent de sagesse incluse.

La tumeur est régulièrement arrondie, à grand diamètre antéro-postérieur, lorsque le contenu est liquide ou mixte, ou même charnu; elle peut être plus ou moins irrégulière dans les odontomes dentifiés. Elle s'accroît lentement, refoulant devant elle les deux lames de tissu compacte qui recouvrent les deux faces de l'os, et dont elle finit par amener l'amincissement et même la disparition complète; elle vient alors faire saillie soit du côté lingual, soit plus fréquemment du côté buccal, où elle se place tantôt sous la peau, tantôt sous la muqueuse, tantôt en partie sous la première et en partie sous la seconde. Elle refoule également le tissu spongieux situé en avant ou en arrière, détruit les cloisons interalvéolaires, et amène ainsi soit l'atrophie, soit la déviation d'une ou de plusieurs dents voisines.

(1) Gazette des hôpitaux, 1855.

La figure 170 montre un odontome odontoplastique développé probablement aux dépens de la deuxième et de la troisième molaire, et qui occupe tout l'espace compris entre la première bicuspide et la branche ascendante de la mâchoire. La seconde bicuspide et la première grosse molaire ont été déviées et sont placées au-dessous de la masse morbide qui faisait issue en plusieurs points à travers l'os.

La tumeur s'accroît lentement et ne reconnaît d'autre limite à son accroissement progressif que la dentification complète; l'odontome complètement dentifié est donc la seule de ces tumeurs qui soit arrivée au terme de son développement.

L'inflammation, lorsqu'elle s'empare de ces tumeurs ou des parties environnantes, leur imprime des caractères anatomiques qui peuvent en faire méconnaître la nature et la pathogénie. L'os envahi augmente de volume d'une manière plus ou moins rapide; s'il s'agit d'un kyste à contenu liquide, celui-ci, au lieu de rester limité à l'arcade alvéolaire, s'étend à une partie plus ou moins considérable du maxillaire, dont il écarte les lames, et envahit jusqu'à l'apophyse coronoïde et la branche montante. Autour de lui le tissu osseux est raréfié par l'inflammation, et creusé çà et là de dépressions rugueuses; la paroi kystique est représentée par une membrane rougeâtre, molle, tomenteuse, et parfois très-vasculaire, rarement ulcérée. L'inflammation peut même être assez vive pour amener la suppuration du kyste et sa transformation en abcès.

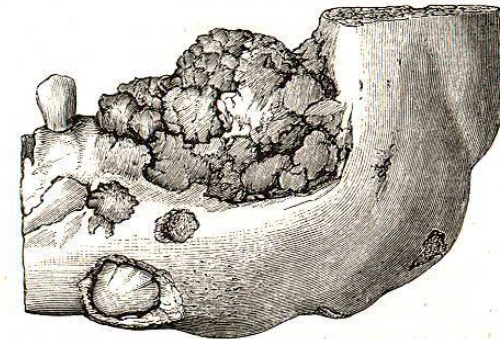


Fig. 170. — Odontome odontoplastique (Forget).

Les tumeurs solides déterminent quelquefois autour d'elles un travail inflammatoire complètement analogue; les odontomes embryoplastiques, fibro-plastiques, fibreux et même coronaires non dentifiés, peuvent alors contracter des adhérences avec la paroi du kyste; mais, le plus souvent, l'inflammation amène la nécrose de l'os et l'établissement de fistules intarissables.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les tumeurs d'origine dentaire présentent un ensemble de symptômes qui leur appartiennent en commun; elles ont aussi des symptômes propres, qui permettent jusqu'à un certain point d'établir entre elles un diagnostic différentiel.

**1° Symptômes communs.** — Ces tumeurs siègent dans la portion alvéolaire des maxillaires; elles écartent et amincissent les lames de l'os, plus fréquemment la lame externe. La paroi osseuse ainsi amincie se

laisse déprimer par le doigt et revient ensuite sur elle-même en produisant un bruit spécial qui, depuis Dupuytren, est connu sous le nom de *bruit parcheminé*. Cependant, le bruit parcheminé n'est point pathognomonique des kystes à contenu liquide; il ne prouve qu'une chose, l'amincissement de l'os porté au point de le rendre dépressible, et, dans une certaine mesure, élastique. Cette élasticité disparaît souvent après des manœuvres trop répétées; mais elle ne tarde pas à revenir.

La tumeur se développe lentement, sans douleur, et ne détermine que de la gêne, soit dans la mastication, soit dans l'articulation des sons.

Son origine remonte au jeune âge, et plus particulièrement à l'époque de la seconde dentition. Un caractère de la plus haute importance consiste dans l'absence d'une ou plusieurs dents sur la rangée dentaire. Ce dernier caractère n'est pas toujours très-apparent; il faut nécessairement, avant de se prononcer, *compter* les dents, et ne pas s'en rapporter à la vue, une arcade dentaire pouvant être des plus régulières, même en l'absence d'une ou de plusieurs dents; en outre, ce caractère fait défaut lorsque l'affection a son origine dans un germe surnuméraire.

Enfin, sous l'influence d'un traumatisme ou sans cause connue, la tumeur s'enflamme, et l'inflammation, se propageant à l'os, détermine ainsi des nécroses et des fistules intarissables.

2° *Symptômes propres*. — Le kyste, à un moment donné, devient fluctuant et transparent, caractères que ne présente jamais l'odontome. La ponction exploratrice est encore un bon moyen de diagnostic; mais on ne saurait rigoureusement conclure, de ce qu'elle donne issue à du liquide, que le kyste ne renferme pas de produit solide. Enfin, lorsqu'il existe une fistule, le stylet introduit par l'ouverture conduit tantôt dans une cavité libre plus ou moins spacieuse; tantôt sur un corps solide mais charnu; tantôt, enfin, sur un corps dur et résonnant sous le choc à la manière des séquestres osseux.

DIAGNOSTIC. — Le siège de l'affection, les commémoratifs, la lenteur de son développement, et, par-dessus tout, l'absence d'une ou de plusieurs dents qui n'ont jamais apparu à la rangée alvéolaire, sont autant de caractères qui ne permettent pas de confondre ces tumeurs, soit avec d'autres tumeurs d'origine dentaire, soit avec des néoplasmes du maxillaire.

PRONOSTIC. — Le pronostic n'a pas d'autre gravité que celle qui résulte des complications inflammatoires.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste à ouvrir largement la cavité kystique du côté où elle fait le plus de saillie, à réséquer l'une de ses parois, et de préférence la paroi externe dans toute son étendue. Si le kyste est simple, il suffit, pour obtenir la guérison, de le remplir de charpie sèche pour le faire suppurer et cicatriser à plat.

S'il s'agit d'un odontome ou d'une dent incluse, il faut, en outre, enlever le produit morbide, qui, ordinairement, n'adhère que par une petite surface; énucléation est alors des plus faciles et on la fait suivre de la cautérisation du point d'implantation. Si la tumeur a contracté des adhé-

rences avec la paroi kystique, il devient nécessaire de faire la résection de toute l'épaisseur de l'os. On doit être prévenu que, dans certains cas, le maxillaire inférieur est aminci dans une assez grande étendue pour se fracturer au moment de l'intervention chirurgicale. Il est quelquefois nécessaire, pour se donner du jour, de fendre la joue sur une étendue plus ou moins considérable à partir de la commissure labiale.

#### B. Tumeurs odontopathiques.

Ces tumeurs sont toutes de nature inflammatoire ou irritative, et reconnaissent pour cause, dans l'immense majorité, sinon dans la totalité des cas, la carie dentaire. Elles sont tantôt liquides, tantôt solides. Ces dernières (exostoses cémentaires, fibroïdes) ont été décrites précédemment avec les tumeurs des dents. Nous n'aurons donc à étudier que les tumeurs liquides.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs *liquides* ou *kystes* se développent dans l'intérieur du sac périostique qui enveloppe les racines des dents malades. Sous l'influence d'une inflammation modérée, d'une irritation chronique, le périoste alvéolo-dentaire se détache du ciment, dans une étendue variable, quelquefois jusqu'au niveau du collet, puis un épanchement se fait dans la cavité ainsi formée. Ainsi se trouve constitué un kyste *néogène* (fig. 171) qui, en se développant, refoule

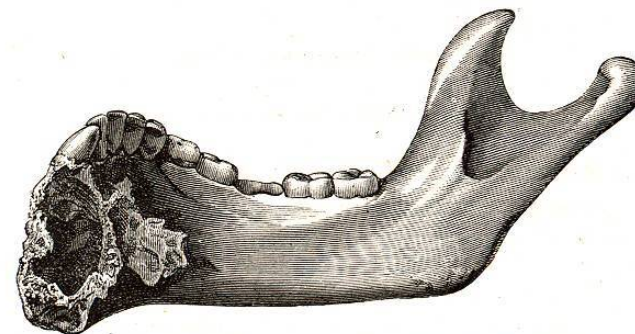


FIG. 171. — Kyste odontopathique développé sur le maxillaire inférieur, avec les racines de deux incisives dénudées (Magitot).

et amincit les parois de l'alvéole, et plus particulièrement sa paroi externe. Sous l'influence de la pression excentrique, celle-ci se résorbe, et la tumeur n'est plus recouverte que par les parties molles; elle devient alors soit sous-muqueuse, soit plus rarement sous-cutanée, suivant que le kyste a pris naissance dans une portion plus ou moins profonde du sac périostique. Au maxillaire supérieur, la tumeur peut refouler et même détruire le plancher du sinus et faire saillie dans cette cavité; mais, le plus souvent, celle-ci est protégée par une lamelle osseuse qui cède à la pression sans se résorber. Le kyste se compose alors d'une cavité plus ou

moins considérable creusée moitié dans l'épaisseur du maxillaire, moitié dans les parties molles. La portion osseuse de cette cavité est d'autant plus considérable que la lame externe ou interne de l'os a résisté pendant plus longtemps à la résorption; elle peut être à peine appréciable si cette résistance a été elle-même très-faible ou à peu près nulle. Le kyste paraît alors s'être développé entièrement en dehors de l'os, sous le périoste du maxillaire; c'est ainsi, croyons-nous, que doivent être interprétés les prétendus cas de *kystes sous-périostiques* du maxillaire, dont l'existence propre ne nous paraît nullement démontrée.

Le contenu du kyste consiste en un liquide séreux ou séro-sanguinolent, quelquefois un peu trouble, renfermant des globules de pus et des cristaux de cholestérine, et dans lequel plonge la racine d'une dent cariée ou d'un chicot.

SYMPTÔMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les symptômes sont les mêmes que ceux des kystes *folliculaires*. Le diagnostic se fonde sur les commémoratifs: l'appareil dentaire a été complet; il y a eu ou il y a une ou plusieurs dents cariées, ou bien encore un chicot dentaire; l'apparition de la tumeur a été précédée de la chute de la couronne, et quelquefois de fluxions dentaires ou d'accidents douloureux peu marqués.

TRAITEMENT. — Le traitement est le même que celui des kystes folliculaires; il exige, en plus, l'extraction de la dent ou du chicot qui a été la cause première du mal.

## II. Tumeurs d'origine non dentaire.

### A. Tumeurs liquides (kystes).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'existence de kystes *multiloculaires* des mâchoires, complètement indépendants du système dentaire, ne saurait être niée. Les faits observés par Cusack (1), Robert Adams (2), Forget, Mayor (3), Letenneur (de Nantes (4), Coote et Heath, mettent hors de doute l'existence d'une affection spéciale, caractérisée par la dégénérescence kystique des maxillaires et désignée par les chirurgiens anglais sous le nom de *maladie kystique* (*cystic disease*).

Cette affection a pour siège de prédilection sinon exclusif le maxillaire inférieur. Le tissu spongieux de l'os est creusé d'un nombre plus ou moins considérable de cavités kystiques, séparées les unes des autres par des cloisons incomplètes et communiquant entre elles par des orifices rétrécis à travers lesquels la paroi celluleuse se continue en s'étranglant sous forme de goulot (Forget); d'autres fois la séparation entre les

(1) *Dublin Hosp. Rep.*, vol. IV, p. 29, 1826.

(2) *Dublin Hosp. Gaz.*, vol. IV, p. 166, 1857.

(3) *Soc. de chir.*, 15 octobre 1856.

(4) *Ibidem*, 21 août 1861.

kystes est complète et le contenu varie d'un kyste à l'autre, comme dans le cas de Lisfranc cité par Forget, et dans celui de Letenneur (de Nantes). Ces cavités, de nombre et de volume variables, sont tapissées par une membrane celluleuse, rougeâtre, tomenteuse ou même granuleuse à sa face interne. Le contenu consiste tantôt en un liquide muqueux, incolore ou jaunâtre et visqueux; tantôt en une sérosité sanguinolente; d'autres fois, enfin, en une substance épaisse et blanchâtre, comparable à du mastic de vitrier. Les kystes d'un certain volume en contiennent souvent de plus petits qui se développent sur la paroi.

L'existence de kystes *uniloculaires* d'origine non dentaire est moins bien démontrée, quoique Gosselin, Bryant et surtout Heath en aient cité des exemples assez concluants.

La cause intime de la production de ces kystes est inconnue. Toutefois un certain nombre de cas permettent de supposer que l'irritation produite par les affections des dents exerce une certaine influence sur cette dégénérescence spéciale des maxillaires.

ÉTILOGIE. — La maladie kystique des maxillaires est une affection de l'âge adulte; on ne l'observe guère avant trente ans. Cependant un cas de Coote rapporté par Heath prouve qu'elle peut être congénitale.

SYMPTÔMATOLOGIE. — L'affection marche avec une lenteur extrême. Lorsqu'elle siège au maxillaire inférieur, elle s'étend progressivement à une portion considérable du corps de l'os, et quelquefois même envahit la branche montante; elle fait saillie du côté de la joue qu'elle soulève, du côté de la langue qu'elle repousse, du côté du cou où elle déprime et efface le creux sous-maxillaire, enfin elle refoule l'arcade alvéolaire assez haut pour empêcher le contact des arcades dentaires et gêner considérablement la mastication et quelquefois même la déglutition.

Les signes physiques sont ceux des kystes des maxillaires en général, et, en particulier, la crépitation parcheminée et la transparence dans les portions sous-gingivales de la tumeur. Celle-ci, au lieu d'être lisse et arrondie, est irrégulière et bosselée, et chacune de ses parties présente une consistance et des caractères différents suivant les degrés d'amincissement ou de résorption de la coque osseuse.

Abandonnée à elle-même, la tumeur finit par s'ouvrir, soit par distension, soit par inflammation de la poche kystique (Heath). L'ouverture reste alors fistuleuse.

DIAGNOSTIC. — La maladie kystique du maxillaire inférieur peut être confondue: 1° avec les *kystes folliculaires* et *périostiques*; 2° avec le *cystosarcome*.

L'augmentation de volume de la mâchoire, la crépitation parcheminée, la transparence, tels sont les symptômes qui lui sont communs avec les kystes d'origine dentaire. Les caractères suivants serviront à établir le diagnostic: le kyste folliculaire est une maladie du jeune âge, ou du moins date de l'enfance; l'affection kystique ne s'observe guère avant trente ans. Dans le kyste folliculaire, il y a absence d'une ou de plusieurs dents qui n'ont

jamais fait éruption (à moins que le kyste ne se soit développé aux dépens d'un germe surnuméraire); dans la maladie kystique, les dents ont été ou sont au complet (sauf de rares exceptions). Dans le kyste folliculaire, la tumeur est lisse, arrondie ou ovoïde à grand diamètre antéro-postérieur, et siège dans la portion alvéolaire; dans la maladie kystique, elle est le plus souvent irrégulière et bosselée; enfin, elle est souvent très-volumineuse et s'étend à la branche montante, tandis que le kyste folliculaire reste plus circonscrit et ne s'étend qu'exceptionnellement à cette portion de la mâchoire.

Dans le kyste périostique, la tumeur s'est développée à la suite d'une carie dentaire, au niveau d'une dent cariée; elle est arrondie, bien circonscrite et présente les mêmes caractères de résistance sur tous les points; on ne pourrait donc confondre avec elle que les kystes d'origine non dentaire uniloculaires. Or, ceux-ci n'ont pas pour siège constant la portion alvéolaire de l'os; ils peuvent se développer en dehors de toute affection dentaire; enfin ils sont excessivement rares.

Le diagnostic entre le kyste multiloculaire et le cystosarcome est très-difficile; des erreurs ont été quelquefois commises jusque sur la table d'autopsie; aussi faut-il être plus que réservé avant d'admettre comme de *simples kystes*, les tumeurs des maxillaires désignées sous ce nom et qui ne présentent pas la garantie d'un examen attentif. Le doute n'est même pas permis lorsqu'il s'agit de kystes à *parois charnues* plus ou moins épaisses; ce ne sont plus des kystes mais des cystosarcomes.

Le diagnostic clinique, souvent très-délicat, s'établit d'après les caractères suivants: la tumeur kystique est liquide ou osseuse dans toute son étendue, le cystosarcome présente en certains points une consistance charnue; le kyste n'est jamais agité de battements, le cystosarcome peut en présenter en certains points; le kyste ne débute presque jamais avant trente ans; le cystosarcome apparaît de vingt-cinq à trente-cinq ans; la marche du premier est excessivement lente, (de deux à dix, quinze et même vingt ans), celle du cystosarcome est plus rapide, (de quelques mois à un ou deux ans); enfin le kyste ne cause jamais de douleurs soit locales, soit sympathiques, tandis que le cystosarcome en détermine souvent soit sur place, soit dans l'oreille du côté correspondant. Inutile de dire que l'infection ganglionnaire, lorsqu'elle existe, lève tous les doutes.

TRAITEMENT. — Si le kyste n'a pas une grande étendue, si l'on a des raisons de croire que le maxillaire inférieur est encore assez résistant, on doit le conserver et se contenter, comme pour les autres kystes, d'en ouvrir largement la cavité et de la faire suppurer. Mais si l'os est réduit à une mince coque ou si le mal s'étend à sa branche montante, il faut pratiquer la résection de toute la partie malade.

#### B. Tumeurs solides.

Elles peuvent être classées comme il suit :

a. *Fibromes*; b. *chondromes*; c. *ostéomes*; d. *sarcomes*; e. *myxomes*; f. *cancers* (*épithéliome* et *carcinome*).

a. *Fibromes*. — Les fibromes des maxillaires sont relativement rares: sur 307 cas de tumeurs du maxillaire supérieur on n'en compte que 17, et 27 sur 403 cas de tumeurs du maxillaire inférieur (Weber). Cette rareté serait encore bien plus marquée si le chirurgien allemand n'avait pas confondu dans ses tableaux les odontomes fibreux et les fibromes d'origine non dentaire.

ÉTIOLOGIE. — Les fibromes se développent souvent dans le jeune âge. L'irritation soit traumatique, soit odontopathique, en est quelquefois la cause.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les fibromes naissent tantôt sous la face profonde du périoste, tantôt aux dépens du périoste alvéolo-dentaire, tantôt enfin dans l'épaisseur même de l'os, probablement aux dépens du tissu conjonctif de la moelle osseuse ou de celui qui se trouve sur le trajet des vaisseaux ou des nerfs. Ces tumeurs, peu vasculaires, constituées par du tissu fibreux disposé en faisceaux, peuvent subir diverses transformations; elles peuvent s'incruster de sels calcaires (*fibrome calcifié*), être envahies par l'ossification sous la forme de fines aiguilles osseuses perpendiculaires à la surface de l'os et traversant en rayonnant le tissu fibreux (*sarcome ossifiant*), subir la dégénérescence muqueuse et kystique et même se transformer en *sarcomes*.

La figure 172 montre une tumeur fibro-cystique datant de deux ans et enlevée par Key sur un enfant âgé de treize ans.

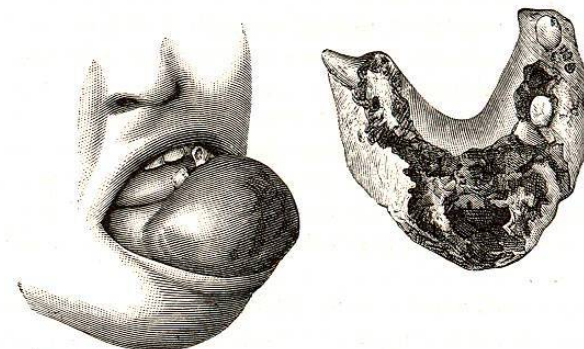


FIG. 172. — Tumeur fibro-cystique du maxillaire inférieur (Key).

On confond généralement dans une même description l'odontome fibreux et le fibrome d'origine non dentaire, et beaucoup d'auteurs, s'appuyant sur l'identité de structure, se refusent à établir entre ces deux espèces de tumeurs aucune distinction; nous croyons qu'il est à la fois

plus scientifique et plus utile au point de vue chirurgical de maintenir la distinction établie par le professeur Broca. L'odontome fibreux, en vertu même du processus pathogénique qui lui donne naissance, a pour siège constant la portion alvéolaire des maxillaires, il est enkysté et énucléable; tandis que le fibrome peut prendre naissance dans une partie quelconque de l'os ou au-dessous du périoste, et est adhérent au tissu osseux ambiant dans l'épaisseur duquel il envoie des prolongements. On ne saurait cependant nier d'une manière rigoureuse l'existence de fibromes enkystés d'origine non dentaire.

**SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.**—Les symptômes sont ceux des tumeurs fibreuses en général. Si le fibrome est *sous-périostique*, on le reconnaît à sa dureté, à son élasticité, à sa forme lisse et arrondie, nettement circonscrite, à son indolence et à l'intégrité des tissus voisins et des ganglions. La tumeur peut acquérir un volume considérable au point de déterminer des déformations dans le maxillaire opposé et d'empêcher le rapprochement des arcades dentaires.

Le fibrome *intra-osseux* ne peut être distingué cliniquement de l'odontome fibreux.

**PRONOSTIC.** — Le fibrome des mâchoires n'a de gravité que par les accidents inflammatoires qu'il détermine; il ne récidive pas, à moins qu'il ne se transforme en sarcome. Cette transformation a été observée un certain nombre de fois, surtout en Angleterre, où les chirurgiens désignent cette variété de fibrome sous le nom de *recurrent fibrom* (*fibrome récidivant*). Cette transformation se fait graduellement: une première tumeur est enlevée, elle est composée de faisceaux de tissu conjonctif, pauvre en vaisseaux, c'est un fibrome; une première récidive a lieu, la nouvelle tumeur contient une certaine quantité d'éléments cellulaires, elle est plus vasculaire, et la transformation va ainsi s'accroissant à chaque nouvelle récidive.

**TRAITEMENT.** — Le seul traitement consiste à enlever la tumeur en dépassant assez largement les limites du mal ou en cautérisant énergiquement son point d'implantation.

*b. Chondrome.* — On en compte 8 cas sur 307 tumeurs de la mâchoire supérieure, et 14 cas sur 403 tumeurs de la mâchoire inférieure dans les tableaux de Weber. Ils sont donc plus rares que les fibromes.

Le chondrome des mâchoires a son siège tantôt sur la face profonde du périoste (*périchondrome*), tantôt dans l'épaisseur même du tissu osseux (*enchondrome*).

Le *périchondrome*, avant d'avoir atteint un volume considérable, se développe par de petits noyaux cartilagineux aplatis qui, en augmentant de volume, se réunissent les uns aux autres pour former une tumeur unique; ce mode de développement bien indiqué par Weber, rend compte de l'aspect mamelonné que présente la surface de la tumeur. Ainsi constituée, elle s'étale à la surface de l'os auquel elle adhère ou avec lequel elle se confond par ossification de ses couches profondes, et finit

par former une tumeur volumineuse qui peut s'étendre à la plus grande partie ou à la presque totalité de l'os et même le déborder considérablement en haut et en bas. Le cas le plus remarquable sous ce rapport est celui dont la pièce est conservée au musée du Collège des chirurgiens de Londres. La tumeur avait débuté depuis huit ans, au niveau de la première molaire droite, elle s'était développée lentement et avait fini par entourer tout le maxillaire inférieur, sauf la partie correspondant à la branche montante du côté droit; elle mesurait deux pieds de circonférence et six pouces d'épaisseur. La malade, âgée de trente-neuf ans, avait succombé, épuisée par le défaut d'alimentation et par l'ulcération de différentes parties de la tumeur. Dans un cas observé par Flaubert, la tumeur s'étendait depuis la ligne médiane jusque près de l'angle de la mâchoire, la gouttière gingivo-buccale avait à peu près disparu, la langue était refoulée en haut.

Les *périchondromes* du maxillaire supérieur sont plus rares que ceux du sinus maxillaire avec lesquels ils finissent généralement par se confondre à une certaine période de leur développement, par suite de la résorption de la paroi antérieure du sinus. Ils ont pour siège de prédilection la fossette canine (Gensoul, Langenbeck et Laugier), l'apophyse montante (Langenbeck), le bord alvéolaire (Flaubert).

Née sur la face externe de l'os, la tumeur peut détruire la paroi antérieure du sinus, pénétrer dans cette cavité et revêtir tous les caractères des tumeurs cartilagineuses du sinus; d'autres fois, elle s'étend sous la face profonde de l'os, déjetant le nez du côté opposé, s'étendant en haut jusqu'au bord de l'orbite, en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire et dépassant en bas l'arcade alvéolaire, comme dans le cas de Gensoul.

L'*enchondrome* ou *chondrome central* est incomparablement plus rare que le *périchondrome*, il n'en existe même pas d'exemple pour le maxillaire supérieur. Par contre, des cas d'*enchondrome* du maxillaire inférieur ont été observés par Astley Cooper, Flaubert (de Rouen) et Key, cité par Heath. La tumeur cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse est logée dans l'épaisseur de l'os qui est refoulé, aminci et détruit, comme dans le fibrome, mais non envahi et intimement confondu avec le produit morbide; aussi les *enchondromes* sont-ils quelquefois énucléables, comme dans le second cas d'Astley Cooper.

Le *chondrome* des maxillaires présente des particularités de structure qui, sans lui être spéciales, méritent cependant d'être signalées. La tumeur est rarement constituée par du cartilage pur, ferme, dense, élastique, blanc bleuâtre. Elle est tantôt fibro-cartilagineuse, tantôt en partie cartilagineuse, en partie charnue, vasculaire, de consistance molle ou même gélatineuse. Au microscope, ces parties molles présentent tous les caractères du sarcome; aussi les tumeurs de cette espèce sont-elles souvent désignées par les Allemands sous le nom de *chondro-sarcomes*. Pour Ranvier, au contraire, le prétendu tissu sarcomateux ne serait qu'un tissu transitoire, destiné à devenir du tissu cartilagineux par trans-