

anomalies congénitales de la racine peuvent du reste aussi donner lieu à des kystes périostaux. Quelques auteurs (CHARCOT, MALASSEZ) ont, en effet, constaté à la face interne de ces kystes l'existence d'un épithélium stratifié, lequel serait dû à l'inclusion d'îlots épithéliaux au niveau de la racine de la dent. Si la racine dentaire qui offre de ces îlots épithéliaux, devient malade, un kyste peut s'y développer, surtout si l'on pratique l'obturation de la dent et que l'on empêche ainsi la sortie du liquide par le canal dentaire (CHARCOT).

Grâce à la possibilité du développement de germes dentaires hétérotopiques, on comprend que la **forme folliculaire** soit précisément celle qui explique le mieux la production de kystes sur les divers points du maxillaire, sur la voûte palatine, sur la branche ascendante du maxillaire inférieur, et même dans l'orbite. Ces kystes peuvent être multiloculaires: tantôt alors la tumeur primitive en s'accroissant détermine la résorption des parois interalvéolaires, tantôt le kyste développé aux dépens d'un follicule dentaire du maxillaire supérieur, détruit la paroi qui le sépare de l'autre d'Highmore, et apparaît alors dans cette cavité sous la forme d'un kyste dentigère.

Le contenu des kystes dentaires est constitué par un liquide aqueux clair ou plus ou moins trouble et albumineux; ce liquide renferme parfois une forte proportion de cholestérine, et sa coloration peut être altérée par son mélange avec une certaine quantité de sang. Quelquefois à la suite d'une inflammation, le contenu se décompose et détermine la suppuration et la perforation du kyste. On trouve alors dans le liquide des flocons consistant dans de la fibrine coagulée, ou provenant de lambeaux détachés de la paroi interne du kyste. Les kystes folliculaires présentent, en effet, sur leur paroi interne, et comme reste du germe dentaire dont ils proviennent, un revêtement épithélial reposant sur une membrane kystique lisse et diaphane. Suivant que le kyste date de la période embryoplastique ou d'une époque ultérieure, on y trouve également soit des indices de dents sous forme de petites plaques dures situées dans les parois kystiques, soit des couronnes ou enfin des dents entières plus ou moins développées et siégeant aussi le plus souvent dans les parois. — Dans la cavité des kystes sous-périostaux on observe toujours une saillie due à la racine dentaire, et si l'on fait l'extraction de la dent correspondante, on établit une communication entre l'intérieur du kyste et la cavité buccale.

Les kystes dentaires se présentent sous la forme de tumeurs arrondies, en général indolentes, se développant lentement dans l'épaisseur du maxillaire, et présentant parfois sous la pression du doigt le symptôme souvent décrit de sensation parcheminée due à l'amincissement de la paroi osseuse qui devient dépressible. La peau reste mobile sur la tumeur, tandis que la muqueuse rougit et se trouve fortement tendue sur la paroi du kyste. Dès que l'enveloppe osseuse a disparu par résorption, la tumeur devient fluctuante. Le kyste siège de préférence au niveau de la joue, au-dessous de l'aile du nez, ou sur la ligne médiane au-dessous de la cloison, par exception à la voûte palatine.

La lenteur du développement de la tumeur, la fluctuation, les signes se rapportant à l'évolution des dents, entre autres et surtout l'absence

ou des anomalies de position de ces organes, suffisent le plus souvent à assurer le diagnostic. Cependant, aussi longtemps que la tumeur n'est pas fluctuante, il arrive parfois que l'on se trouve dans l'impossibilité d'en reconnaître exactement la nature sans une ponction préalable.

Le **traitement** est très simple, et consiste à inciser largement le kyste et à le maintenir ouvert. On pratiquera de préférence l'incision par la voie buccale. La paroi des kystes sous-périostaux peut être ordinairement divisée à l'aide d'un fort bistouri; mais lorsque la paroi osseuse est plus résistante, mieux vaut en enlever une portion à l'aide d'un ciseau, de cisailles ou d'une scie cultellaire. Pendant que la guérison s'opère par suppuration, il faut avoir soin d'assurer la désinfection de la cavité kystique. On extirpera les germes dentaires qui se trouveraient implantés dans la paroi du kyste, et l'on fera bien également, s'il s'agit de kystes sous-périostaux, d'extraire la racine qui en a été le point de départ.

Dans quelques rares cas on a observé sur le maxillaire ou dans le voisinage de ce dernier des kystes congénitaux renfermant, entre autres, des os analogues au maxillaire et pourvus de dents. Ils doivent être considérés comme le résultat d'une prolifération de cellules formatrices embryonnaires ou comme provenant de l'inclusion de portions du feuillet corné (kystes dermoïdes).

§ 124. — Les kystes uniloculaires ne sont pas les seules tumeurs liquides développées aux dépens des alvéoles; on observe, en effet, également des **kystes multiloculaires ou kystomes**. Nous les avons déjà mentionnés plus haut. D'après MAGITOT ils se développent aux dépens de plusieurs follicules, ou bien le kyste d'abord simple se cloisonne ou pousse des prolongements qui tendent à former des cavités indépendantes; c'est ce qu'on observe surtout lorsque le kyste n'a pas un espace suffisant pour se développer régulièrement. Des kystomes volumineux ayant évidemment une origine dentaire ont été décrits dernièrement par FALKSON et BRYK. Dans les deux cas il s'agissait de tumeurs du maxillaire inférieur, qui s'étaient développées très lentement et avaient atteint le poids de 1 1/2 kilog. (le cas de BRYK avait débuté dans la première jeunesse à la suite d'une fracture du maxillaire inférieur). Avec FALKSON nous pouvons désigner ces tumeurs sous le nom de **kystome folliculaire** ou de **kystome folliculaire prolifère**. Elles ressemblaient d'une manière frappante aux adénomes observés dans d'autres parties du corps, par exemple dans l'ovaire, la glande mammaire et les glandes muqueuses, et consistaient en un tissu alvéolaire, avec tendance des alvéoles à former des kystes. A l'examen macroscopique la tumeur se trouvait ainsi constituée par un grand nombre de kystes de toutes dimensions. Ces alvéoles étaient tapissées d'une couche unique de cellules cylindriques, et contenaient un fin tissu formé d'élégantes cellules à prolongements disposés en réseaux. Le contenu alvéolaire correspon-

daît, par conséquent, à l'épithélium interne et externe de l'organe de l'émail, ainsi qu'au réseau cellulaire de la portion gélatineuse ou pulpe de ce dernier.

D'après FALKSON il s'agirait, par conséquent, d'une tumeur provenant d'un organe ou germe de l'émail surnuméraire, et BRYK partage l'opinion de cet auteur.

L'ancienne littérature médicale renferme déjà des observations de tumeurs kystiques semblables du maxillaire (HEATH cité par BRYK). La résection est, en général, indiquée lorsque la tumeur a acquis des dimensions considérables. Le pronostic au point de vue des récidives doit être considéré comme favorable.

§ 125. — Sous le nom d'**odontomes** on désigne des tumeurs qui naissent du follicule dentaire à l'époque du développement de la dent, et avant la formation du chapeau de dentine entourant la cavité du bulbe. Celles qui ne se produisent qu'après cette époque, ont été désignées sous le nom de tumeurs odontinoïdes ou dentinoïdes. Elles n'atteignent pas un volume considérable, mais peuvent être la cause de névralgies violentes.

Lorsqu'à l'époque où le follicule dentaire est encore à l'état de tissu muqueux, une tumeur se développe sous la forme d'une hyperplasie de ce tissu, on a affaire à un **myxome hyperplasique**. On peut observer également comme provenant de cette période de petites tumeurs formées de tissu sarcomateux ou de tissu conjonctif (fibrome). Toutefois ces tumeurs molles ne persistent généralement pas dans leur état primitif, mais donnent naissance à de la dentine dans leur intérieur. Cette production de dentine entrave ordinairement à un haut degré l'accroissement de la tumeur, et celle-ci finit par rester à l'état stationnaire lorsque la dent est complètement développée (VIRCHOW).

BROCA distingue 4 périodes dans le développement normal du follicule dentaire : 1. la période embryoplastique, 2. la période odontoplastique, 3. la période de formation de la couronne dentaire (p. coronaire), 4. la période de formation de la racine (p. radulaire). D'après cet auteur les tumeurs d'origine dentaire se comporteraient différemment suivant qu'elles prennent naissance dans l'une ou l'autre de ces périodes. Dans la première période ne se développeraient que des tumeurs « fibro-plastiques » ou tout au plus des fibromes sans tendance à la dentification. Ainsi se trouveraient constituées les tumeurs fibreuses ou fibromes enkystés des maxillaires (DUPUYTREN). — La période odontoplastique, qui commence avec la formation de la couche odontogène, produit des tumeurs qui tendent souvent, mais non toujours, à la dentification. Par contre les odontomes coronaires sont toujours plus ou moins constitués par de la dentine, parce que cette substance existait déjà à l'époque de la formation de la tumeur ; ils ont la forme d'une couronne dentaire plus ou moins complète, que l'on retrouve toujours quelque part à la surface de la tumeur. Enfin les odontomes radulaires sont caractérisés, chez l'homme, par le fait qu'ils contiennent du ciment.

Les odontomes peuvent donc consister en myxomes, sarcomes ou fibromes mous, et ce sont surtout ces tumeurs molles qui prennent parfois des dimensions considérables ; par contre la dentification arrête l'accroissement du néoplasme. Ils se développent le plus souvent dans le jeune âge, forment des tumeurs bien circonscrites ayant leur point de départ au niveau de l'alvéole, et s'accroissent lentement. On les confond facilement avec des kystes, des fibromes simples ou des tumeurs du maxillaire de nature inflammatoire.

On ne peut formuler des règles précises pour le **traitement** de ces tumeurs qui sont en somme rares et présentent cependant une grande diversité de formes. On réussit parfois à les extraire de la cavité alvéolaire après avoir incisé la muqueuse qui les recouvre, tandis que dans d'autres cas on est obligé d'enlever une portion du rebord alvéolaire, ou même de pratiquer une résection dans la continuité de l'os.

Pour terminer mentionnons encore les **ostéomes dentaires** qui se développent parfois sur les racines de dents malades (VIRCHOW). Ce sont de petites tumeurs osseuses bosselées, qui apparaissent à la suite d'une irritation inflammatoire, et peuvent entraîner une inflammation et la formation d'abcès dans la cavité alvéolaire.

#### IV. MALADIES DE LA VOUTE PALATINE

##### Lésions traumatiques et processus inflammatoires avec ulcérations

§ 126. — Les lésions traumatiques du palais consistent parfois dans des destructions plus ou moins étendues des portions osseuse et molle de la voûte palatine à la suite de tentatives de suicide. Les plaies par armes à feu produites dans ces conditions s'accompagnent ordinairement de lésions considérables du nez et de l'ethmoïde ainsi que des joues, etc. (*Voir plus haut*). La tâche du chirurgien consiste alors essentiellement à conserver le plus possible les parties du palais qui n'ont pas été détruites, afin de pouvoir reconstituer ensuite une cloison de séparation entre les cavités nasale et buccale. Les fragments osseux non complètement détachés doivent être remis en place, et les lambeaux déchirés de la muqueuse affrontés aussi exactement que possible et fixés par quelques points de suture. Si l'on a soin de désinfecter la cavité buccale au moment de l'opération, et de préserver ensuite la plaie de l'infection par l'application d'iodoforme, on aura encore plus de raisons qu'autrefois de compter sur une heureuse terminaison.

On traitera d'après ces mêmes principes les lésions moins graves, comme celles que produit quelquefois une balle qui traverse le maxillaire et établit une communication anormale entre les cavités nasale et bucco-pharyngienne, ou bien l'extrémité d'une canne ou d'un parapluie qui perfore la voûte palatine dans une chute faite la bouche ouverte. En gé-