

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-

néral ces lésions de peu de gravité ont une tendance bien franche à la guérison; c'est ainsi que, pour ma part, j'ai vu deux fois guérir spontanément des perforations du palais produites par l'extrémité d'un bâton, et dans lesquelles on pouvait introduire le doigt. Les pertes de substance peu étendues qui peuvent rester à la suite de lésions de ce genre, se trouvent dans des conditions favorables à une opération plastique.

§ 127. — Autant sont rares les lésions traumatiques du palais, autant sont fréquents, par contre, les **processus inflammatoires** de cette région. Les inflammations aiguës, telles que la diphtérie et le phlegmon, intéressent principalement la partie du palais mou voisine des amygdales; la luette et les piliers, bien qu'ils ne soient pas directement atteints par le processus inflammatoire, sont cependant le siège d'un gonflement considérable. La luette surtout peut atteindre dans certains cas un volume énorme grâce à un œdème inflammatoire de son tissu sous-muqueux. Cette tuméfaction aiguë de la luette peut accompagner les abcès des amygdales et la diphtérie, ou survenir, indépendamment de ces dernières causes, à la suite de refroidissements (?), d'irritations du palais par des boissons ou aliments très chauds, de lésions traumatiques légères de la muqueuse. Le plus souvent il s'agit d'œdèmes inflammatoires; quelquefois, surtout à la suite de traumatismes, il se fait un épanchement sanguin dans le tissu sous-muqueux et l'on observe alors une coloration bleuâtre du repli fortement tuméfié et tendu de la muqueuse.

Bien que ces tuméfactions du palais mou et de la luette puissent gêner la déglutition et la respiration, elles ne présentent aucune gravité, car elles sont habituellement de courte durée, et l'on peut au besoin les faire disparaître par des scarifications.

Comme nous aurons encore à parler de la diphtérie à propos des affections des amygdales, nous pouvons nous dispenser d'étudier ici cette affection. Par contre nous devons décrire brièvement les processus morbides qui peuvent déterminer l'ulcération et assez souvent même la perforation des portions dure et molle de la voûte palatine.

§ 128. — Les formes d'ulcérations que l'on rencontre le plus fréquemment au palais, sont dues à la **syphilis** et au **lupus**.

Le palais mou est particulièrement le siège de dépôts et d'infiltrations d'un jaune grisâtre, étendues en surface, ainsi que d'ulcérations superficielles qui sont propres aux formes précoces de la syphilis secondaire; de même il n'est pas rare d'observer des condylomes au niveau du bord libre du voile du palais et de la luette. Par contre sur le palais dur on rencontre de préférence des ulcérations profondes qui peuvent détruire non seulement les parties molles, mais encore la couche osseuse (**ulcère perforant**). Ce n'est pas à dire toutefois que l'on n'observe pas également des ulcérations profondes, perforantes, au niveau du voile du palais. L'ulcération peut perforer ce dernier, détruire la luette et les piliers et laisser des adhérences cicatricielles du palais mou avec la paroi posté-

rieure du pharynx, adhérences que nous aurons encore à décrire ultérieurement.

C'est surtout la face nasale du voile du palais, directement au-dessus de la luette, qui est le siège de prédilection des ulcérations syphilitiques. Il n'est pas très rare non plus de rencontrer le lupus dans cette région. Habituellement, à l'intérieur de la bouche, le seul signe que l'on observe est un œdème de la luette, accompagné ou non de rougeur de la muqueuse, jusqu'à ce que l'ulcération ait perforé le voile du palais pour apparaître tout à coup dans la cavité buccale.

Des perforations de la partie osseuse du palais peuvent se produire à la suite d'ulcérations qui, après avoir détruit les parties molles, se sont étendues à l'os, ou être la conséquence de gommés développées dans l'os lui-même. Il n'est pas rare d'observer des cas dans lesquels la perforation du palais a été précédée de processus morbides intéressant la cavité nasale et ayant entraîné une nécrose. Dans toutes les ulcérations des cavités nasale et buccale les phénomènes de décomposition putride se trouvent considérablement favorisés par les conditions locales, et l'on n'a pas à s'étonner dès lors que la nécrose et la perforation du palais se produisent si facilement. Néanmoins il est hors de doute que les ulcères perforants du palais reconnaissent comme cause le plus souvent la *syphilis*, rarement le *lupus*, tandis que les *ulcérations perforantes soi-disant simples* doivent être tout à fait exceptionnelles. Lorsqu'un ulcère phagédénique a déterminé la perforation des parties dures et molles du palais, et que l'ulcération a guéri rapidement à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, l'absence de données anamnestiques et de signes de syphilis antérieure ne peut nous autoriser à conclure néanmoins que la perforation n'est pas de cause syphilitique. Cette manière de voir s'est de plus en plus confirmée chez moi depuis que j'ai vu plusieurs fois cet accident se produire chez des individus jeunes nés de parents en puissance de la syphilis.

Le **lupus** peut également déterminer une perforation de la voûte palatine; le processus destructeur débute alors soit du côté du nez, soit plus souvent du côté de la bouche. Différentes formes de lupus peuvent être observées au palais; les nodosités dont il est formé sont souvent si rapprochées, qu'elles forment une véritable tumeur antérieure à l'ulcération; dans d'autres cas la destruction des tissus s'opère sur un point circonscrit sans être précédée d'une tuméfaction, et s'étend dans la profondeur en creusant une cavité en forme d'entonnoir. Quelquefois aussi l'ulcération affecte un caractère phagédénique, et ressemble aux ulcères perforants de nature syphilitique décrits plus haut. Toutefois dans ces cas on peut toujours se demander s'il s'agit vraiment du lupus et non pas d'une lésion syphilitique. Lorsqu'une ulcération de ce genre cède rapidement à l'emploi de l'iodure de potassium, on aura d'autant plus rai-