

Symptômes. L'affection débute par la tuméfaction des gencives, qui deviennent saignantes au niveau des dents gâtées; celles-ci sont douloureuses au point que le plus souvent les malades les font arracher. Après cette extirpation, le mal fait des progrès plus rapides; la tuméfaction se propage des gencives à la muqueuse qui tapisse les joues. Tantôt il se forme des abcès qui s'ouvrent dans la bouche; tantôt la gencive s'ulcère spontanément. Dans les deux cas, en introduisant un stylet par l'ouverture, on arrive sur une surface osseuse dénudée. Plus tard, la suppuration est plus abondante et en même temps fétide; un certain nombre de dents vacillent et finissent par tomber. Alors la mastication est difficile, le malade se nourrit imparfaitement; il s'affaiblit par défaut d'alimentation en même temps qu'il est exposé à un empoisonnement par le pus que fournissent les surfaces malades, pus qu'il avale sans cesse ou avec ses aliments. Le sujet maigrit et présente les signes de la chloro-anémie, à laquelle l'absorption des vapeurs de phosphore par la surface pulmonaire n'est pas étrangère. L'ulcération des gencives fait des progrès; les portions osseuses nécrosées prennent une coloration noirâtre; des abcès s'ouvrent sur divers points de la face et quelquefois assez loin du siège du mal. Enfin, à une époque plus ou moins éloignée, la portion nécrosée se sépare des parties osseuses saines et se détache; le séquestre comprend une portion plus ou moins considérable de l'un des maxillaires, quelquefois l'un des maxillaires supérieurs tout entier, ou l'une des moitiés du maxillaire inférieur. Après ce travail d'élimination, la perte de substance se répare imparfaitement par du tissu fibreux de nouvelle formation, plus rarement par du tissu osseux, et il reste une difformité plus ou moins considérable de la face.

La nécrose phosphorée de la mâchoire est toujours une affection de longue durée, et il faut parfois plusieurs années pour qu'elle parcoure les diverses phases de son évolution. Elle se termine communément par la guérison, mais en laissant après elle une difformité plus ou moins apparente. Elle peut aussi donner lieu à une terminaison fatale due soit à l'abondance de la suppuration, soit au développement consécutif d'une phthisie pulmonaire.

Traitement. Il est préventif et curatif.

Pour préserver les ouvriers de l'action pernicieuse des vapeurs phosphorées, on a soin de ventiler et d'aérer les locaux dans lesquels sont fabriquées les allumettes chimiques; on éloigne les travailleurs des ateliers pendant les repas et pendant tout le temps que la pâte met à sécher. On recommande de surveiller scrupuleusement les dents, et de les faire arracher quand elles sont atteintes de carie, en prenant garde de ne pas se remettre au travail avant que la plaie de la gencive soit cicatrisée. Il serait bien plus simple de substituer le phosphore *amorphe* au phosphore *jaune*.

Lorsque, malgré les précautions précédentes, la nécrose phosphorée se développe, il faut d'abord éloigner le malade, pendant un certain temps, du foyer des émanations phosphorées. On prescrit l'usage fréquent de collutoires, pour ne pas laisser séjourner le pus dans la bouche. S'il s'est déjà déclaré des phénomènes de chloro-anémie, on ordonne une médication

reconstituante dont les préparations ferrugineuses forment la base. On surveille les abcès et on les débriide de façon à empêcher la stagnation du pus. On s'assure, par intervalles, si la portion d'os nécrosé est mobile; alors on en fait l'extraction en livrant issue au séquestre par une ou plusieurs incisions convenables.

ARTICLE III.

Fibromes de la mâchoire inférieure.

La connaissance de ces productions morbides est due à Dupuytren, A. Cooper, Lisfranc, A. Forget, Bauchet.

Les fibromes naissent dans l'épaisseur de la mâchoire, entre les deux lames de l'os; on les rencontre communément au niveau de la partie latérale du corps, rarement au voisinage de la symphyse. Ils sont formés d'un tissu qui a tous les caractères soit du tissu fibreux, soit du tissu fibro-cartilagineux; ce tissu est plus ou moins rouge, d'après le degré de vascularisation; quelquefois l'artère dentaire a augmenté de calibre, et alors la tumeur elle-même reçoit des vaisseaux volumineux. Le nerf dentaire est intact et n'a pas de connexions directes avec la production morbide, ce qui éloigne l'idée que les fibromes prennent naissance aux dépens du névrième de ce nerf. Il n'est pas démontré que ces productions ont pour point de départ le périoste alvéolo-dentaire; les fibromes du maxillaire inférieur sont donc un produit de nouvelle formation, et rien ne prouve non plus qu'ils résultent d'une transformation de la substance médullaire qui remplit les cellules du diploé.

On rencontre dans le maxillaire inférieur des fibromes *enkystés* et des fibromes *non enkystés*. Les premiers sont renfermés dans une coque osseuse aux parois de laquelle ils ne tiennent que par une portion de leur étendue, une sorte de pédicule large et solide; quelquefois le tissu osseux qui environne le kyste est plus ou moins hypertrophié et condensé. Les fibromes non enkystés diffèrent des précédents, en ce qu'ils adhèrent par tous les points au tissu osseux qui les entoure, qu'ils envoient même des prolongements dans les aréoles de ce tissu, en sorte que la trame de l'os est *infiltrée* de tissu fibreux.

Les causes qui président au développement des fibromes du maxillaire inférieur sont ignorées; on n'a eu que rarement à invoquer l'intervention d'une violence extérieure. L'affection se montre surtout chez les jeunes sujets à l'époque de la puberté; la femme y est plus exposée que l'homme. On a aussi attribué un certain rôle à la présence de dents cariées et à l'arrêt d'évolution des dents. D'après A. Forget, les corps fibreux des mâchoires sont formés par les éléments fibreux hypertrophiés du bulbe dentaire.

Les symptômes varient aux diverses périodes du mal; dans les premiers temps, alors que le fibrome *enkysté* n'a pas encore pris assez d'accroissement pour amincir les parois osseuses qui le recèlent, on constate une tumeur dure, bosselée, qui ressemble à une exostose ou à une hyperostose.

Le fibrome *non enkysté* conserve pendant plus longtemps ces mêmes caractères. Plus tard, quand les parois de la poche osseuse sont amincies, on constate que certains points de la tumeur cèdent à la pression du doigt, en donnant la sensation de *crépitation parcheminée*. Si, dans les fibromes *non enkystés*, ce symptôme est moins marqué, parce que les parois osseuses conservent leur épaisseur, il est néanmoins certains points de ces parois qui finissent par s'amincir et donnent la crépitation caractéristique. A une période plus avancée encore, quand la paroi osseuse enveloppante a été résorbée, et que les téguments seuls, peau ou muqueuse, recouvrent la tumeur, celle-ci présente la consistance élastique propre au tissu fibreux, et il est parfois possible de sentir avec le doigt le cercle osseux qui limite le lieu desortie de la production fibreuse. Cette évolution du fibrome n'a pas lieu sans porter atteinte aux dents, qui sont d'abord déviées, puis ébranlées dans leur alvéole et finissent par tomber en nombre plus ou moins considérable. Tant que la tumeur est petite, elle ne détermine ni troubles fonctionnels, ni difformité apparente; mais quand le fibrome a pris un grand développement, il envahit parfois la cavité buccale, refoule la langue, dont les mouvements sont gênés; ou bien, se portant de préférence vers la face antérieure de la mâchoire, il donne lieu à une difformité de la face. L'accroissement de la tumeur n'est pas en général accompagné de douleurs.

Le **DIAGNOSTIC** est obscur dans la première période; alors il est facile de croire à une exostose ou à une hyperostose. Plus tard, quand la tumeur a franchi la coque osseuse, et qu'elle présente une consistance élastique, on peut la confondre avec un ostéosarcome du maxillaire inférieur. Le tableau suivant fait ressortir les caractères différentiels de ces affections.

FIBROME.	OSTÉOSARCOME.
Se développe surtout chez les jeunes sujets.	Se développe surtout à un âge plus avancé.
En général indolent.	Douleurs à une certaine période.
Absence d'amaigrissement si le sujet peut manger.	Amaigrissement alors même que le sujet mange.
Absence d'adénopathie sous-maxillaire.	Adénopathie sous-maxillaire.
Téguments qui recouvrent la tumeur non adhérents.	Téguments adhérents.
Gencives saines.	Gencives envahies par le mal.

Le **PRONOSTIC** est toujours grave, en raison de la nécessité d'intervenir par des moyens chirurgicaux. On enlève la tumeur et la portion du maxillaire qui la renferme par une *résection partielle* de l'os. On a conseillé, avant de pratiquer cette mutilation, d'essayer l'*énucléation* du produit morbide, ce qui ne serait possible que pour les fibromes enkystés. Si cette énucléation était impraticable en raison des adhérences du fibrome, des prolongements envoyés dans diverses directions, on ferait suivre immédiatement cette tentative de la résection partielle de la mâchoire, en utilisant les incisions faites pour mettre la tumeur à découvert.

ARTICLE IV.

Kystes de la mâchoire inférieure.

Il faut comprendre sous ce nom générique des tumeurs renfermant des produits de nature variée, contenus dans une cavité circonscrite formée aux dépens du maxillaire inférieur.

Espèces de kystes. Parmi ces tumeurs, il en est dont le contenu est *liquide*, et alors tantôt le kyste est formé d'une *seule* loge, tantôt de *plusieurs* loges communiquant ou non ensemble. D'autres fois le produit renfermé dans le kyste est *solide*; enfin il est des kystes dont le contenu est complexe, soit dans la seule cavité dont la tumeur se compose, soit dans les diverses loges.

1° **KYSTES UNILOCULAIRES A CONTENU LIQUIDE.** Ils se développent de préférence dans la région de la mâchoire inférieure correspondant aux dernières molaires, et en s'accroissant ils peuvent envahir la branche de l'os. Ils ont un volume de noisette, d'œuf de pigeon, et même parfois plus considérable. Ils contiennent un liquide séreux, ou séro-sanguinolent, ou bien encore mucilagineux. Dans un cas, Houel a trouvé sur le cadavre une cavité occupant la partie moyenne du maxillaire inférieur et contenant à la fois du pus et le sommet carié de la racine de la dent canine. Les parois du kyste sont formées par les tables antérieure et postérieure du maxillaire, qui s'écartent et s'amincissent progressivement. La face interne de ces parois est tapissée par une membrane celluleuse ou cellulo-fibreuse qui forme la membrane propre du kyste. Les parties osseuses environnant ce dernier sont souvent hypertrophiées.

2° **KYSTES MULTILOCULAIRES ET KYSTES MULTIPLES.** Ces kystes sont formés par un assemblage de plusieurs cavités développées dans l'épaisseur du maxillaire inférieur. Tantôt les cavités communiquent ensemble et ne sont séparées les unes des autres que par des cloisons incomplètes (*kystes multiloculaires*); tantôt les cavités sont complètement indépendantes les unes des autres (*kystes multiples*). Ces sortes de kystes acquièrent parfois un volume considérable et occupent à la fois le corps et la branche de la mâchoire; la surface interne est tapissée par une membrane fibreuse ou fibro-cellulaire; le contenu est variable, d'après les faits rapportés par A. Forget, Jobert, Guibout, Mayor: quelquefois c'est une matière *mélicérique* et *athéromateuse* dans une poche et une *sanie visqueuse rougeâtre* dans les autres; d'autres fois c'est un liquide *filant, visqueux, jaune rougeâtre*. Dans un cas, appartenant à Jobert, les diverses cavités creusées dans l'épaisseur de la mâchoire contenaient de la *matière tuberculeuse* ramollie.

3° **KYSTES A CONTENU SOLIDE.** On peut rattacher à ces sortes de kystes les fibroïdes décrits page 349. Il résulte des observations de Morelot, Dupuytren, A. Forget, que les substances renfermées dans ces kystes sont des *concrétions dures, ossiformes*, d'un volume variable. Ainsi, dans le fait dû à Morelot, c'était la dernière molaire placée transversalement et un corps