

c'est celle qui se développe autour d'une *dent de sagesse retenue anormalement dans l'épaisseur de la mâchoire*, ostéite qui se termine par une hyperostose. En effet, cette ostéite est caractérisée par une douleur sourde qui s'exaspère par intervalles; la mâchoire se tuméfie dans la portion correspondante à la dent, et il en résulte la formation d'une tumeur dure, parfois bosselée. C'est en tenant compte de la consistance uniforme de la tumeur, de l'état d'intégrité de la santé générale, de l'âge du sujet et de l'absence de la dent de sagesse correspondant à la partie tuméfiée du maxillaire, qu'on arrive à un diagnostic exact. Pour ne pas revenir sur ce sujet, il convient d'ajouter, que pour guérir cette espèce d'ostéite, il faut enlever la dent anormalement placée, opération parfois difficile et très-laborieuse.

Quand l'ostéosarcome est arrivé à la période d'ulcération, que la santé générale commence à s'altérer, que les ganglions lymphatiques voisins sont envahis, le diagnostic n'offre plus de difficultés; mais comme le traitement n'est efficace qu'avant la période de généralisation du mal, on se reportera aux données exposées dans le tableau de la page 350 de ce volume.

Traitement. L'ablation de la partie altérée de la mâchoire est le seul traitement rationnel; c'est une résection plus ou moins étendue de l'os qu'il faut faire.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

C'est à Dupuytren que revient le mérite d'avoir doté la chirurgie de cette opération, qui a été étendue et perfectionnée depuis par un grand nombre de praticiens: Delpech, Ph.-J. Roux, J. Cloquet, Lisfranc, Gensoul, V. Mott, Cusack, Heyfelder, Maisonneuve, etc.

Nous n'avons pas à entrer dans les détails des diverses manœuvres que comporte cette opération, parce que les limites imposées à ce traité s'y opposent. Nous donnerons une idée générale des *méthodes* d'exécution, négligeant les *procédés* qui ne sont que des modifications portant particulièrement sur la manière de tailler les lambeaux pour mettre l'os à découvert.

On peut enlever une partie plus ou moins considérable de la mâchoire inférieure, en sciant l'os d'un côté, en le désarticulant de l'autre; c'est une *résection partielle combinée avec la désarticulation unilatérale*. Dans quelques cas, on a été plus loin: Heyfelder, Pitha, Carnochan, Maisonneuve, ont enlevé la mâchoire inférieure en totalité, par une *désarticulation bilatérale*. Ou bien encore, on a retranché une portion de l'os, sans attaquer les articulations temporo-maxillaires; c'est là une véritable *résection*. On a enlevé des parties du maxillaire suivant la *longueur* de l'os, en emportant la *partie médiane du corps*, le *corps tout entier*, la *partie latérale du corps*; on a aussi retranché des portions suivant la *hauteur* de l'os, en emportant soit le *bord alvéolo-dentaire*, soit le *bord inférieur* de la mâchoire. On a enfin proposé, dans quelques cas, d'enlever des portions de l'os suivant l'*épaisseur*, en conservant soit la table interne, soit la table externe.

Indépendamment des accidents communs à toutes les résections et amputations, il en est un qui a été spécialement signalé pour l'ablation du

maxillaire inférieur: l'asphyxie par rétraction de la langue immédiatement après la section des attaches maxillaires de cet organe. Si pareil accident survenait, on saisirait la langue avec une érigne pour l'attirer en avant, et on maintiendrait l'organe avec un fil passé à travers son épaisseur. Quelquefois le même accident se développe postérieurement au rapprochement des deux moitiés restantes de la mâchoire, dont la parabole diminuant d'étendue refoule la langue en arrière; dans ce cas, il faut laisser les fragments écartés l'un de l'autre.

ARTICLE VI.

Maladies des gencives.

ABCÈS DES GENCIVES. Ils succèdent parfois à une gingivite, et alors ils sont très-petits et multiples; bien plus souvent ils ont pour point de départ une *carie dentaire*. Il ne sera question ici que de ces derniers.

La carie dentaire donne lieu parfois à un simple gonflement inflammatoire des gencives et du tissu cellulaire sous-muqueux voisin de la joue; on désigne ce gonflement sous le nom vulgaire de *fluxion*. Celle-ci survient aussi après l'arrachement d'une dent, ou sous l'influence de l'irritation déterminée par la présence d'une pièce artificielle; elle occupe plus souvent la mâchoire supérieure que l'inférieure. Elle est caractérisée par une tumeur mal circonscrite, plus ou moins volumineuse, occupant la région labiale et génienne, s'étendant jusqu'à la base de l'orbite; tumeur dont la consistance rappelle celle des *oreillons*, peu douloureuse du reste et occasionnant de la gêne pendant la mastication; la peau qui la recouvre présente une coloration d'un rose pâle. Au bout de quelques jours, la tuméfaction diminue, et on favorise la résolution par l'application permanente soit d'un sachet chauffé de fleurs de sureau, soit d'une simple couche d'ouate.

Dans d'autres cas, la dent cariée occasionne une inflammation plus intense, qui se termine assez promptement par suppuration. Le plus communément, l'abcès se forme au voisinage de la dent cariée, dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la gencive, en conséquence de la propagation à ce tissu d'une inflammation des racines et de l'alvéole de la dent malade. L'affection est caractérisée par un gonflement accompagné de douleur modérée ou très-vive; la tumeur devient molle, violacée, fluctuante; elle s'ouvre spontanément au bout de quelques jours et laisse échapper un pus sanguinolent et fétide. Les conséquences varient: si les parois de l'alvéole sont saines, la plaie se cicatrise promptement; si ces parois sont atteintes de nécrose, ce qui est le plus commun et ce que l'on constate en introduisant un stylet très-fin par l'ouverture, celle-ci reste *fistuleuse*; ou si elle se ferme, ce n'est que pour peu de temps. Jusqu'à ce qu'une nouvelle bouffée inflammatoire reproduise un nouvel abcès sous-gingival. Dans le premier cas, on se contente de prescrire des collutoires émollients et narcotiques; dans le second, on ne guérit la fistule ou on ne met le malade à l'abri de nouveaux abcès qu'en faisant l'extraction de la dent malade.

Il arrive parfois que l'inflammation, partie du périoste alvéolo-dentaire et de la gencive, se propage plus loin, jusqu'à la fosse canine pour la mâchoire supérieure, les côtés du menton pour la mâchoire inférieure. Les abcès qui en résultent ont une marche lente; quand ils ont été ouverts, ils dégènèrent en fistule par laquelle l'introduction d'un stylet fait reconnaître une petite portion osseuse dénudée. Des injections irritantes par la fistule et l'arrachement de la dent malade triomphent de cette affection.

Enfin, dans quelques cas, les ganglions parotidiens, ceux de la région sus-hyoïdienne s'enflamment, et il s'y forme des abcès à répétition qui ne cessent qu'après l'avulsion de la dent altérée.

ÉPULIS. On désigne sous ce nom des tumeurs solides, plus ou moins vasculaires et consistantes, qui naissent aux dépens des gencives et du périoste subjacent et sont formées d'un tissu de nature variable.

Anatomie pathologique. Ces productions morbides s'implantent sur la gencive antérieure, sur la postérieure, sur le bord des gencives, entre deux dents, ou à la place occupée par ces ostéides quand ils manquent; parfois dans l'intérieur d'une alvéole ou encore sur le bord alvéolaire de la mâchoire. Dans tous les cas, la tumeur naît à la fois aux dépens de la muqueuse et du périoste. L'affection est plus commune à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Le plus souvent la tumeur se continue avec la gencive par une large base; parfois elle présente un étranglement en forme de pédicule. Elle est constituée par une trame molle, cellulo-fibreuse, parcourue de vaisseaux sanguins; ceux-ci prennent parfois un développement assez considérable pour que la coupe de la tumeur ressemble à une production érectile.

Examinée au microscope, on y trouve des éléments *fibro-plastiques*; mais ces recherches n'ont pas été assez nombreuses jusqu'ici pour affirmer qu'on n'y rencontrera pas d'autres tissus pathologiques, tels que des cellules épithéliales, des culs-de-sac glandulaires, des myéloplaxes. Ce qui paraît plus certain, c'est que le véritable tissu cancéreux y est très-rare.

Symptômes. L'épulis se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, le plus souvent lisse à la surface, rarement bosselée, d'un volume variable, mais qui dépasse rarement celui d'une noix. Cette tumeur se porte vers les lèvres quand elle prend origine sur la face antérieure de la gencive, vers la cavité buccale lorsqu'elle naît sur la face postérieure de la gencive. Elle est généralement indolente, à moins qu'elle ne soit soumise à une pression brusque, ainsi que cela arrive parfois dans l'acte de la mastication. La muqueuse qui la recouvre ne s'ulcère pas. Lorsque la tumeur naît aux dépens de la face antérieure ou postérieure de la gencive, ou encore dans un espace interdentaire, les dents demeurent intactes; ces ostéides sont au contraire ébranlés et finissent par tomber, lorsque la production morbide a pris naissance sur le périoste alvéolo-dentaire. La santé générale reste bonne; les ganglions lymphatiques du voisinage ne s'enorgorgent pas. Lorsque la tumeur reçoit une grande quantité de vaisseaux,

elle est animée parfois de battements isochrones aux pulsations du cœur; elle saigne plus ou moins abondamment lorsqu'elle est excoriée. Cette variété d'épulis a été appelée *pulsatile*.

Le pronostic n'est pas grave, parce que la tumeur ne récidive pas lorsqu'elle a été complètement enlevée, elle et son point d'implantation; que cette affection diffère du vrai cancer non-seulement par le dernier caractère que nous venons d'indiquer, mais encore par la tendance peu marquée ou nulle à l'ulcération, et l'absence d'infection des ganglions lymphatiques du voisinage.

Traitement. Le seul rationnel est l'ablation ou la destruction de la tumeur.

Lorsqu'on juge convenable d'enlever la tumeur par l'instrument tranchant, il faut emporter non-seulement la production morbide, mais encore la portion osseuse qui la supporte. Pour arriver à ce but, on se sert d'une *pince coupante* spéciale, appelée *triquoise*. Il est nécessaire de faire au préalable l'arrachement des dents qui gêneraient la manœuvre de l'instrument. Si le malade refuse de sacrifier les dents, il faut renoncer à extirper la tumeur et la détruire sur place avec le cautère actuel. Toutefois, comme cette destruction exige un grand nombre d'applications du fer rouge, il est préférable d'enlever d'abord, avec de forts ciseaux ou un bistouri à lame résistante, tout ce qu'on peut emporter, et de cautériser ensuite la surface saignante. Il n'est pas inutile de faire observer que la destruction de la gencive fera tomber plus tard une ou plusieurs dents. Dans tous les cas où on emploie la cautérisation, on prendra toutes les précautions pour éviter l'action du cautère sur les parties voisines, notamment sur la face interne des joues, en protégeant celles-ci avec une plaqué de bois.

SECTION XXVIII

MALADIES DE LA LANGUE.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA LANGUE.

ABSENCE DE LA LANGUE. Les cas de ce genre sont très-rares. De Jussieu cite une fille de quinze ans venue au monde sans langue. Il n'y avait à la place de l'organe qu'une petite éminence en forme de mamelon, saillante de quelques millimètres. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que la jeune fille parlait distinctement, percevait très-bien les saveurs, et