

## CHAPITRE II

### LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MÂCHOIRES.

Les processus inflammatoires des maxillaires et les états morbides analogues forment un chapitre de pathologie assez intéressant, principalement au point de vue de l'étiologie de ces affections. Ce que nous aurons à traiter dans ce chapitre sera complété plus loin, lorsque nous aborderons l'étude des affections des cavités de la face.

**Abcès dentaires.** — Les suppurations des mâchoires consécutives à la carie dentaire sont très fréquentes. La forme la plus légère est celle des *abcès sous-gingivaux*, qui atteignent les dimensions d'un pois, d'un haricot ou d'une noix, et sont dus à l'accumulation, sous la racine d'une dent, du pus qui se fraie ensuite un passage au-dessous des gencives. La douleur n'est pas grande et l'ouverture de l'abcès se fait spontanément au niveau d'un point situé au sommet de la collection qui s'affaisse ensuite, en laissant persister un petit foyer d'infiltration autour du point perforé.

**Parulis.** — La situation est plus sérieuse quand le pus collecté dans un alvéole perfore le périoste, car dans ces cas il se forme un abcès sous-périostique, qu'on désigne sous le nom de parulis. Le siège profond de la suppuration est indiqué par l'œdème collatéral ; si la parulis siège sur le maxillaire supérieur, la joue et les paupières deviennent tuméfiées, œdématisées et prennent une coloration violacée ; si l'abcès occupe le maxillaire inférieur, la tuméfaction diffuse se propage en bas vers le cou, et si la suppuration envahit la région des dernières molaires, on peut voir survenir de la constriction des mâchoires. Le plus souvent l'abcès se développe sur la face interne du maxillaire ; plus rarement sur la face externe. On comprend facilement que chez les personnes nerveuses, ou dans les cas de putridité du pus, le processus puisse s'accompagner de fièvre violente.

Le diagnostic ne présente pas la moindre difficulté. Un débutant pourrait toutefois se trouver dans l'embarras dans les cas où la parulis du maxillaire inférieur aura donné lieu à une tuméfaction des ganglions cervicaux et sous-maxillaires simulant une adénite suppurée autonome. Mais la palpation du maxillaire inférieur permettra d'évi-

ter cette erreur. Au milieu du gonflement diffus et mollaesse, on sent dans ces cas une tumeur plus dure, adhérente au maxillaire, très douloureuse à la pression. Il faut dans ces cas explorer la bouche et avec le doigt, promené le long de la face externe des gencives, on pourra sentir cette tumeur proéminer dans la cavité antérieure de la bouche. Il suffit de fendre l'abcès avec un bistouri introduit dans la bouche, pour voir disparaître tous les phénomènes morbides. Si l'on introduit le doigt dans la plaie, on trouve l'os dénudé, mais il serait prématuré de conclure de ce fait à l'existence d'une nécrose, car, comme dans toutes les régions, le périoste décollé par le pus peut parfaitement se recoller. Toutefois dans certains cas la nécrose existe ; le séquestre est petit, mais il met longtemps à s'éliminer.

Tout n'est pas encore fait quand on a incisé l'abcès : il faut encore extraire la dent malade. Si le malade se refuse à cette opération, la récidive ne se fera pas attendre, quand même le périoste serait parfaitement recollé, de sorte que l'opération que le malade veut éviter, il la subira plus tard mais dans des conditions bien moins favorables. Si le périoste continue à rester décollé, le malade aura un écoulement très désagréable de pus par la bouche ; le séquestre met du temps à s'éliminer et ce n'est qu'après l'extraction de la dent que cette élimination et la cicatrisation s'effectueront très rapidement.

Si l'inflammation était très douloureuse, la constriction des mâchoires persiste quelquefois longtemps après l'ouverture de l'abcès et demande, pour guérir, un traitement particulier, méthodique. Il faut par conséquent engager le malade à se laisser arracher la dent qui ne peut plus être gardée. S'il s'agit de femmes, il suffit de leur tracer un tableau sombre de la fistule dentaire et de la tuméfaction des ganglions du cou pour les voir sacrifier la dent. Et en effet, la fistule dentaire et l'adénopathie des ganglions cervicaux sont dans ces cas aussi fréquentes que pénibles.

L'adénopathie est surtout fréquente à la suite de la carie des dents du maxillaire inférieur ; elle atteint les ganglions sous-maxillaires ; elle peut disparaître, réapparaître ou même donner lieu à la formation d'un abcès. *Chez les enfants lymphatiques, la carie des dents du maxillaire inférieur est même souvent le point de départ de l'engorgement des ganglions du cou.* La carie des dents du maxillaire supérieur s'accompagne rarement de tuméfaction apparente des ganglions, car les vaisseaux lymphatiques des gencives supérieures se rendent aux ganglions de la région parotidienne, et ceux-ci peuvent échapper au médecin quand même leur gonflement est assez prononcé.

**Fistules dentaires.** — Les fistules dentaires cutanées ne s'observent

guère que dans la carie des dents inférieures, car les parulis du maxillaire supérieur s'ouvrent ordinairement dans la cavité du vestibule buccal<sup>1</sup>. Le diagnostic de cette affection ne présente pas la moindre difficulté. Au niveau du bord inférieur de la mâchoire, on trouve ordinairement un orifice des dimensions d'un grain d'avoine, autour duquel la peau est rétractée, formant une sorte d'entonnoir ou de croissant à concavité tournée le plus souvent en avant. La sonde introduite par cet orifice arrive directement sur l'alvéole de la dent malade et donne la sensation d'une surface osseuse dénudée. Mais quelquefois il est difficile de trouver le fond de la fistule, dont le trajet est souvent tortueux; si l'on trouve deux dents malades l'une à côté de l'autre, il faudra faire l'exploration d'une façon très attentive et la répéter à plusieurs reprises.

Dans certains cas, du reste assez rares, l'orifice externe de la fistule est situé loin de la dent malade<sup>2</sup>: on trouve alors, entre les deux extrémités du trajet fistuleux, un cordon dur qu'on apprécie surtout bien en le saisissant entre deux doigts dont un est introduit dans la bouche et l'autre appliqué sur la peau. Ce signe, très précieux quand il existe de la constriction des mâchoires, permet de trouver facilement la dent malade. La fistule ne guérit pas tant qu'on n'arrache pas la dent malade; l'extraction de la dent une fois faite, elle se ferme rapidement, et le cordon fibreux, quand il existe, s'assouplit peu à peu et se résorbe. Pourtant la cicatrice qui se forme peut dans certains cas être déformante, et alors on est obligé de l'exciser et de réunir la plaie par plusieurs points de suture. Toutes ces complications sont heureusement très rares. Mais il en est qui sont encore autrement graves.

**Phlegmon sous-massétéren de Gosselin.** — Après des tentatives grossières d'extraction de dents, la périostite qui existe autour de la dent malade peut envahir une portion notable d'os; Gosselin a attiré l'attention sur un état pathologique de ce genre qu'il a décrit sous le nom de phlegmon profond temporo-sous-massétéren. La suppuration envahit la face externe du maxillaire inférieur, passe sous le masséter, remonte le long de la branche montante jusqu'au muscle temporal dont elle peut perforer la gaine, et former ainsi une tuméfaction considérable. Un cas de ce genre s'accompagna de septicémie et se termina par la mort. Gosselin, qui a déterminé d'après un certain nom-

(1) Ou à la voûte palatine.

(A. B.)

(2) En clinique il faut se souvenir de ces fistules à grande distance, quelquefois très bizarres. Dolbeau en a vu une s'ouvrir près de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien; Salter, Toms, au-dessous de la clavicule; Nicolai, jusqu'à la région mammaire.

(A. B.)

bre d'autopsies le siège exact de l'affection, recommande les incisions précoces et profondes, principalement dans deux points: dans la région massétéren, transversalement, pour éviter la section du canal de Sténon ou du facial et dans la région temporale quand on trouvera de la fluctuation à ce niveau. Je serais plutôt d'avis de remplacer l'incision de la peau par celle de la muqueuse buccale au niveau de la branche montante, au moyen d'un bistouri boutonné, et de prolonger l'incision en haut, tout le long du bord antérieur de cette branche; au besoin on pourrait établir une contre-ouverture au niveau du bord postérieur de la branche montante. Il va de soi que l'incision temporale sera faite couche par couche, car Gosselin lui-même a eu, une fois, une hémorrhagie artérielle qui fut fort difficile à arrêter.

**Nécrose des maxillaires.** — Dans d'autres cas, plus rares, la carie dentaire, surtout après des tentatives brutales d'extraction de dents, donne lieu à une nécrose étendue du maxillaire, principalement du maxillaire inférieur. Le processus d'élimination s'accompagne de suppuration abondante, de fistules intarissables qui s'ouvrent dans la région du cou, de sorte que des parties considérables d'os peuvent se mortifier. Pendant la période de développement de cette suppuration, il peut survenir de la pyohémie, et je connais deux étudiants de la Faculté de médecine de Vienne, morts de cette façon; l'un d'eux a parfaitement diagnostiqué sur lui-même l'apparition de la pyohémie.

Il faut savoir que chez les individus approchant la vingtaine, l'éruption des dents de sagesse peut donner lieu aux mêmes phénomènes que la périostite consécutive à la carie dentaire, et s'accompagner de constriction des mâchoires et de tuméfaction. Pour faire disparaître ces phénomènes, il suffit quelquefois d'inciser la muqueuse amincie qui recouvre ces dents. Dans des cas graves, on a été obligé quelquefois de mettre à nu la dent et de l'extraire<sup>1</sup>.

Tous ces états mis à part, la nécrose étendue du maxillaire s'ob-

(1) La dent de sagesse peut, quand elle évolue difficilement, causer d'autres accidents qui sont dus à sa direction vicieuse, d'où des ulcérations de la gencive, de la joue, de la langue, ou à sa rétention dans l'os, d'où des accidents d'ostéite à des degrés divers, avec hypérostose, suppuration, nécrose, adéno-phlegmons sous l'angle de la mâchoire. A un degré léger, les poussées inflammatoires se traduisent par des angines rebelles. Notons encore les névralgies intenses. Ces accidents, réservés à la race blanche, sont plus fréquents chez la femme et concernent presque toujours la dent de sagesse inférieure. On ne les méconnaît guère quand le sujet a de 18 à 25 ans, mais souvent chez les individus plus âgés on ne songe pas à vérifier si la dent de sagesse a ou non fait éruption. Il faut donc se souvenir que des malades de Jourdain, Richet, Magitot, Désira-bode, avaient 60, 65, 66 et même 72 ans.

(A. B.)

serve rarement. Chez les enfants, on a vu survenir la nécrose diffuse du maxillaire inférieur *après des exanthèmes aigus*. On voit dans ces cas apparaître un phlegmon putride des parties molles accompagné de fièvre et de gonflement de la face et se terminant dans les cas graves par une nécrose étendue; dans les cas moins graves, le phlegmon se termine par la suppuration, et la nécrose se limite à l'arcade alvéolaire.

Sur le maxillaire supérieur on observe encore, tout comme sur l'os malaire et les os du crâne, une nécrose *tuberculeuse* circonscrite, affectant de préférence le bord inférieur de l'orbite. Cette affection s'observe presque exclusivement chez les enfants. Dans les cas de nécrose de la région lacrymale, le tableau peut être celui d'une dacryocystite.

La nécrose des maxillaires par *contiguïté* s'observe parfois dans les tumeurs de cette région. Nous étudierons plus loin celle qui résulte du noma.

Je tiens à relever d'une façon particulière que souvent au cours d'un *carcinome* à marche rapide du maxillaire inférieur on observe la nécrose étendue de l'os. Il arrive souvent alors que le séquestre proémine à travers la surface ulcérée et crée ainsi des difficultés diagnostiques considérables.

**Nécrose phosphorée.** — La nécrose phosphorée exige une étude détaillée. Cette affection a été découverte à Vienne et décrite pour la première fois par Lorinser, mon ancien chef à l'hôpital de Wieden. On a observé à cette époque que les ouvriers occupés à la fabrication des allumettes enduites de phosphore étaient pris de périostite d'un seul ou des deux maxillaires, s'accompagnant d'une tuméfaction considérable des parties molles, que l'inflammation aboutissait invariablement à la nécrose de l'os et que l'expulsion du séquestre s'accompagnait de formation de substance osseuse par le périoste enflammé. Ces faits produisirent une grande sensation dans le monde médical et donnèrent lieu à des recherches nombreuses. On a encore remarqué que la nécrose atteignait plus particulièrement les ouvriers qui avaient une ou plusieurs dents cariées ou ceux qui étaient chargés de tremper les allumettes dans la pâte inflammable; que la nécrose pouvait également atteindre les individus qui restaient dans des pièces obscures et humides dont l'air était chargé de vapeurs de phosphore provenant de boîtes d'allumettes mal fermées, et que dans ces cas l'affection pouvait frapper les enfants et même les nourrissons. Cette affection s'est rapidement propagée en Allemagne où la fabrication des allumettes prit un développement notable, puis en France, moins dans le Midi.

Bien qu'on ait pris des mesures hygiéniques convenables pour en-

rayer le développement de cette affection, la nécrose phosphorée n'en fait pas moins, encore aujourd'hui, un grand nombre de victimes. Personnellement j'ai observé soit chez Lorinser, soit à la clinique de Dumreicher, soit plus tard, près de 25 cas de cette nécrose dont quelques-uns très intéressants<sup>1</sup>.

Quelques-uns de ces malades travaillaient depuis plusieurs années à la fabrique sans éprouver le moindre accident. Puis, brusquement, ils étaient pris de mal de dents, se faisaient arracher une dent, continuaient à travailler et au bout de quelques semaines étaient pris de périostite. D'autres ont eu une dent cariée et, après avoir travaillé à la fabrique pendant quelques semaines ou quelques mois, ils voyaient l'affection débiter au niveau de la dent malade. La périostite persistait plusieurs semaines, et le malade se décidait à se faire arracher la dent qui commençait à branler.

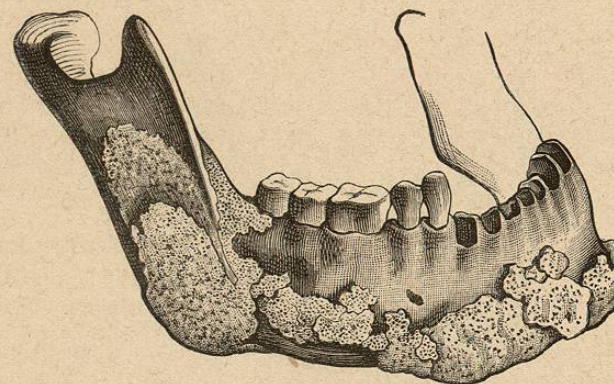


Fig. 17. — Nécrose phosphorée.

Le premier symptôme qui frappe l'attention du malade est en effet un mal de dents ou une dent qui commence à branler. Dans certains cas le processus évolue au début sans fièvre, dans d'autres il existe une fièvre initiale. L'affection marche souvent avec une grande rapidité, de sorte que quelques mois après le début la nécrose peut déjà occuper une portion notable du maxillaire. La tuméfaction molle de la face ne se distingue pas au début de celle qu'on observe dans la périostite simple consécutive à la carie dentaire, mais peu à peu elle commence à se durcir et acquiert une consistance ferme. Les

(1) Dans l'étiologie un point à mettre en relief est que cette nécrose frappe seulement les ouvriers qui font les allumettes au *phosphore blanc*, et pour faire disparaître le mal il n'y a qu'à ne fabriquer que des allumettes au *phosphore rouge*. Il est certain que, par suite des progrès de l'hygiène dans les ateliers, la nécrose phosphorée a beaucoup diminué de fréquence, mais elle est loin d'avoir disparu.

dents se déchaussent et tombent l'une après l'autre, tandis qu'un écoulement purulent se fait par les alvéoles ; les gencives décollées mettent à nu les alvéoles rugueux, gris-jaunâtres, baignant dans du pus que le malade crache à chaque instant. L'odeur infecte qui se dégage de l'os nécrosé est aussi insupportable pour le patient que pour son entourage. Le périoste, qui se décolle peu à peu de l'os sous-jacent, produit dans certains points des hypérostoses étendues, et au bout d'un certain temps l'os nécrosé se trouve entouré d'une gaine osseuse qui à son tour peut être envahie par la nécrose. Les figures (fig. 17 et 18) représentent très bien l'aspect d'un maxillaire frappé de nécrose phosphorée. Si le processus s'arrête, une ostéite expulsive se manifeste sur les limites de l'os sain et de l'os malade, de sorte que le séquestre

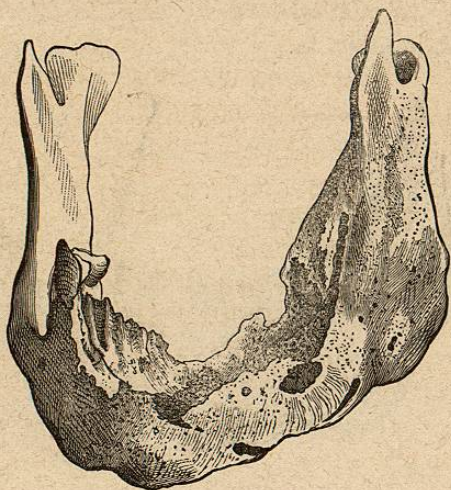


Fig. 18. — Nécrose phosphorée.

se trouve libre dans sa gaine. Il va de soi que les insertions des muscles et les parties molles adhèrent non pas au séquestre, mais à la gaine osseuse néo-formée ou, quand celle-ci est incomplète, au périoste épaissi et décollé. L'œdème mou des parties voisines se transforme peu à peu en une tuméfaction, homogène, rénitente, qui acquiert la dureté que nous avons déjà signalée. De temps à autre il se forme à ce niveau un abcès qui provoque des douleurs violentes. La peau devient rouge, luisante, présente nettement de la fluctuation, et quand l'abcès s'ouvre il se forme une fistule qui conduit sur l'os nécrosé à travers les tissus œdématisés, ayant dans certains cas acquis près de 2 centimètres d'épaisseur. Le processus peut envahir l'articulation temporo-maxillaire, y provoquer la suppuration, et alors on trouve le condyle dénudé baignant dans du pus dont est remplie la cavité articulaire.

Dans certains cas, l'affection s'étend sur les deux moitiés du maxillaire. Quand la tuméfaction augmente et quand la lésion remonte le long de la branche montante du maxillaire, les mouvements de la mâchoire se trouvent gênés dans une certaine mesure. L'affection présente un caractère plus bénin lorsqu'il s'agit du maxillaire supérieur. Dans ces cas, on n'observe pas ces infiltrations dures des parties molles ni la formation d'abcès ou de fistules, et la participation de la face se manifeste seulement par un œdème des paupières. Les malades ne pouvant se nourrir que d'une façon défectueuse, deviennent anémiés ; ils respirent un air infect et avalent continuellement du pus et de la sanie. Beaucoup d'entre eux éprouvent des douleurs violentes et leur état général s'en ressent : ils deviennent pâles, tristes, faibles, sujets à des troubles digestifs et aux catarrhes chroniques des bronches. Chez quelques-uns la phthisie survient rapidement, avec une infiltration des sommets ou une inflammation caséuse des poumons ou la dégénérescence amyloïde des ganglions mésentériques. Le regard de ces malades m'a toujours frappé par son expression de *tristesse*. Le processus peut envahir les deux maxillaires et même tous les os de la face et s'étendre aux os du crâne, le temporal et le sphénoïde. Dans ces cas il survient une méningite purulente qui emporte le malade. Cette complication est toutefois très rare.

On a discuté longtemps sur la nature de cette affection. Il y a quelques années seulement que Wegner en a donné une explication satisfaisante, basée sur des expériences probantes auxquelles il fut conduit par l'observation curieuse d'un malade entré à l'hôpital de la Charité de Berlin. Wegner a fait respirer à des lapins, pendant des semaines et des mois, des vapeurs de phosphore. A l'autopsie de ces animaux, qui s'habituèrent assez rapidement à cette atmosphère, il a trouvé des dépôts ostéophytiques sur les os voisins des cavités nasales. Mais un *petit nombre* présentaient en même temps une tuméfaction des deux maxillaires, qui débutait par une infiltration caséuse étendue des parties molles, quelquefois si prononcée que la respiration devenait difficile, la mastication impossible, et que les animaux mouraient d'inanition. Sur les os on trouvait de la nécrose à côté d'hypérostoses étendues, compactes. Dans une autre série d'expériences, Wegner introduisit la modification suivante : avant de soumettre les animaux aux vapeurs de phosphore, il leur excisait une portion de la muqueuse, de façon à dénuder le périoste du maxillaire dans une petite étendue. Dans ces conditions les animaux étaient *toujours* pris d'une périostite caséuse et ossifiante. Si les animaux étaient simplement nourris avec du phosphore (0,0015 gr. par jour pour des lapins jeunes) on ne voyait jamais survenir cette affection spécifique des maxillaires,

quand même le périoste était préalablement mis à nu. On pouvait conclure de ces expériences que l'action directe du phosphore sur l'os était nécessaire pour la production de cette affection. Mais pourquoi sont-ce justement les maxillaires qui se trouvent pris? Si Wegner mettait à nu le périoste du tibia et y dirigeait les vapeurs de phosphore, il voyait survenir sur cet os des hypérostoses qui duraient pendant des mois. Par conséquent, le phosphore exerce une action spéciale sur le périoste; mais tandis que les autres os sont protégés par la peau, le périoste des maxillaires, en cas de carie dentaire (et même sans cela), est accessible aux vapeurs de phosphore. Si le maxillaire inférieur est plus souvent atteint que le supérieur, cela s'explique par la fréquence plus grande de la carie des dents inférieures, qui sont plus longtemps et plus intimement baignées par la salive contenant le phosphore que les dents supérieures. L'action du phosphore sur le tube digestif se manifeste par une hyperémie de la muqueuse stomacale et par une infiltration cellulaire du tissu interstitiel de l'estomac et du foie. Ces expériences donnent donc une explication satisfaisante des phénomènes qui s'observent chez l'homme.

On a pensé pouvoir arrêter de bonne heure, par une *intervention chirurgicale*, les ravages de l'affection, qui dure souvent pendant des années. Les premières résections faites par v. Dumreicher, Heyfelder, Dietz et autres, datent de l'époque même à laquelle l'affection fut découverte. Mais une réaction ne tarda pas à se manifester contre ce traitement, et il n'y a pas encore longtemps, les chirurgiens étaient divisés sous ce rapport en deux camps.

Nul doute que la nature seule ne suffise à l'élimination des parties nécrosées. La mortification d'une partie du maxillaire peut s'arrêter à chaque moment de son évolution, de sorte que l'élimination portera tantôt sur une partie de l'os, tantôt sur la moitié, tantôt sur le maxillaire tout entier. Il est déjà arrivé plusieurs fois à un chirurgien conservateur de retirer avec la pince tout un maxillaire. Mais d'un autre côté il est absolument certain et démontré que l'extraction prématurée de l'os nécrosé n'arrête pas toujours le processus. On fait la résection de toute une moitié du maxillaire inférieur et on croit opérer dans des tissus sains; mais au bout de quelques mois le malade revient et l'on trouve que l'autre moitié est entièrement nécrosée. Je dois encore ajouter que dans quelques cas rares l'intervention, faite pour l'extraction du séquestre, se terminera par la mort du malade.

C'est de cette façon que chez v. Dumreicher nous avons vu un opéré mourir de pneumonie, complication qui s'observe du reste dans les résections du maxillaire faites pour une cause autre que la nécrose

phosphorée. Mais tous ces faits ne me font pas changer d'opinion, à savoir que dans la grande majorité des cas le traitement opératoire est parfaitement indiqué. La doctrine veut que dans la nécrose des os en général on attende la libération spontanée du séquestre. Seulement la question est de savoir si cette expectation est également indiquée dans la nécrose phosphorée. Je ne le pense pas. Le malade est en danger: son haleine est empoisonnée, il absorbe continuellement du pus et de la sanie qui troublent ses fonctions digestives; il souffre de douleurs intolérables, ne dort pas, et comme on n'aime pas à l'entendre gémir, on lui donne de la morphine qui ne lui convient certainement pas. Plusieurs années se passent ainsi; finalement arrive le moment où grâce à la nature la séquestration se fait. On retire le séquestre et on le garde dans une vitrine comme preuve de ce que la nature peut fournir et cela sans exposer le malade à l'infection putride, sans lui faire perdre de sang. Le malade sort *guéri*. Mais il existe une infiltration des sommets des poumons, mais les urines renferment de l'albumine, et le malade ne se rétablit pas. Il ne tarde pas du reste à succomber, on l'enterre, mais la doctrine est sauvée, et elle triomphe!

Je me rallie complètement à cette argumentation que v. Dumreicher opposait aux doctrines de la chirurgie conservatrice, depuis que j'ai vu les changements favorables qui se produisent chez le malade après l'opération. L'opération doit être aussi parcimonieuse que possible, et celle que faisait v. Dumreicher constitue une intervention si limitée qu'on est vraiment étonné de voir avec quelle facilité le malade la supporte. Peu de jours après l'opération, le malade commence à se rétablir, engraisse et prend vraiment un aspect florissant. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de revoir ces sujets qui, très contents des résultats, amenaient à la clinique de v. Dumreicher d'autres malades atteints de nécrose phosphorée: j'ai pu alors constater que l'amélioration de l'état général se maintenait, que la nutrition générale restait excellente, et c'est sur ces deux faits que je m'appuie pour me prononcer en faveur de l'intervention chirurgicale dans la nécrose phosphorée du maxillaire.

Le procédé opératoire de v. Dumreicher était le suivant. S'il s'agit du maxillaire supérieur, on prend pour point de départ les parties nécrosées, dénudées de l'arcade alvéolaire. On extrait toutes les dents qui ne sont pas solides et avec une rugine on décolle le périoste et la muqueuse sur les deux faces de l'os. Dans la partie mise ainsi à nu, on résèque un coin à base tournée vers les alvéoles et mesurant 2 à 3 centimètres. On ouvre ainsi la cavité du sinus maxillaire où l'on introduit une pince solide avec laquelle on saisit toutes les portions mobiles de l'os. Ce procédé présente les avantages suivants: