

la tendance à la rétraction des parties. A vrai dire, il nous semble que l'on peut éviter cette substitution, les deux *appareils de Cl. Martin*, le provisoire et le définitif se différencient par l'absence sur le premier

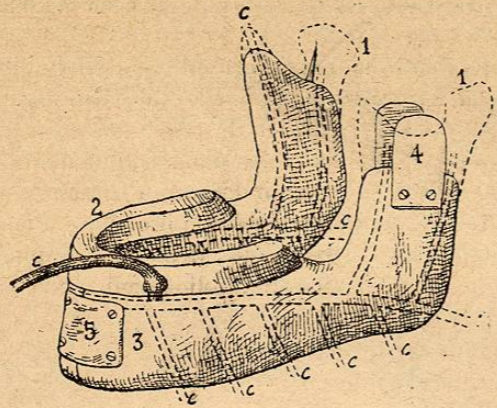


Fig. 224. — Appareil pour résection étendue. — 1, parties d'os respectées; — 2, rebord alvéolaire; — 3, base; — 4, plaquettes de maintien; — 5, plaquette pour réunir les deux moitiés de la base; — ccc, canaux d'irrigation.

et la présence sur le second, de dents artificielles et l'adjonction à ce dernier, dans certains cas seulement, d'une plaque palatine à laquelle il est relié par un ressort destiné à favoriser l'abaissement de la

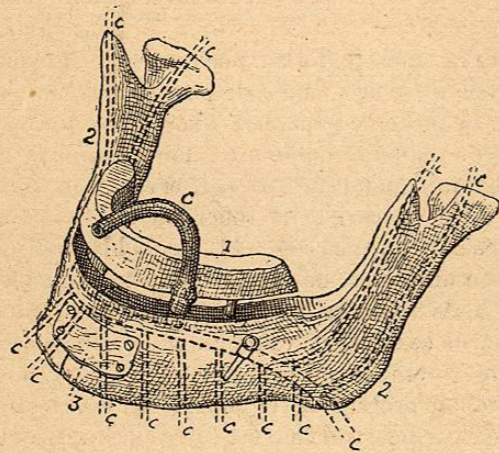


Fig. 225. — Appareil pour résection complète du maxillaire inférieur; — 1, rebord alvéolaire; — 2, base; — 3, plaquette de réunion; — cccc, canaux d'irrigation.

mâchoire. Quoi qu'il en soit, lorsque l'appareil définitif comble une brèche étendue, il est souvent divisé en deux parties, afin de faciliter sa mise en place.

Cette *méthode de prothèse*, adoptée surtout par les chirurgiens

lyonnais, est appelée à se généraliser. Rétablissant la forme même du maxillaire, elle est bien préférable à la prothèse telle que la conseillait autrefois Préterre (1). Celui-ci, une fois la déformation produite, disposait en avant des portions restantes de la mâchoire supérieure un dentier correspondant à l'arcade dentaire supérieure; il existait par suite en bas deux rangées de dents: les artificielles servant à la mastication, les naturelles constituant avec leur bord alvéolaire un support aux premières.

La prothèse de Claude Martin est susceptible d'être appliquée à la correction des pertes de substance qui intéressent le squelette et les parties molles du menton (2). Alors, pour soutenir la langue et prévenir l'écoulement de la salive, on ne saurait se contenter, comme on le faisait autrefois, de placer une fronde en cuir dont une lame simulait le menton et l'autre la lèvre inférieure. On peut reconstituer un maxillaire inférieur, lui assurer une mobilité aussi complète que possible sous l'influence des mouvements provoqués et par autoplastie le recouvrir d'un lambeau cutané.

## LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES MACHOIRES

En nulle autre région de l'économie les conditions ne sont plus favorables pour le développement d'accidents inflammatoires qu'au niveau des mâchoires, où le terrain est au mieux préparé pour l'évolution des germes infectieux, sans cesse présents dans la bouche. En partie tapissés d'une fibro-muqueuse munie de prolongements dans les alvéoles dentaires dont ils sont creusés, les maxillaires largement vascularisés sont chez l'enfant pendant les périodes de dentition le siège d'une congestion physiologique intense et plus tard ils conservent une tendance à participer aux infections dont les dents sont le siège. Ce serait une erreur de ne pas placer, à côté des gingivites et des ostéopériostites d'origine dentaire, des gingivites et des ostéopériostites en rapport avec des causes générales (intoxications ou fièvres graves de nature infectieuse) ou locales (traumatismes). Et cependant, tout bien considéré, pour les unes comme pour les autres, la pathogénie demande à être unifiée: toute inflammation des mâchoires s'explique par la présence dans la salive et les débris de toutes sortes (débris alimentaires, tartre...) retenus par les anfractuosités de la bouche, d'agents infectieux inflammatoires dont la virulence peut se trouver plus ou moins puissante suivant l'état de

(1) PRÉTERRE, Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais, 1867.

(2) CLAUDE MARTIN, De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires, 1889.



maladie ou de santé du sujet, dont le développement peut être plus ou moins favorisé par l'état anatomique des gencives, des ligaments alvéolo-dentaires et de l'os sous-jacent.

Nous étudierons successivement les *gingivites*, ou inflammations des gencives, la *périodontite* ou inflammation des ligaments alvéolo-dentaires, les *ostéopériostites des maxillaires*, leur *nécrose* et après la description des *accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse*, quelques lignes seront consacrées aux *arthrites infectieuses de l'articulation temporo-maxillaire* (la tuberculose laissée de côté).

### I. — GINGIVITES.

L'inflammation limitée des gencives est relativement rare en comparaison de la fréquence des cas où leurs tissus participent à l'inflammation de la muqueuse buccale et de l'os sous-jacent. Il y a plus souvent *gingivite avec stomatite* ou *gingivite avec ostéopériostite que gingivite pure*.

**Étiologie.** — Les cas complexes laissés de côté, la gingivite pure a pour *cause* un traumatisme qui ouvre la porte à l'infection. Celle-ci est polymicrobienne, sans spécificité bien reconnue ; elle varie sans doute suivant la nature des germes contenus dans la salive, suivant leur degré de virulence, lequel, ainsi que la résistance du tissu gingival, reste influencé par l'état de santé générale du sujet. A côté des piqûres des gencives par des corps aigus au cours de la mastication, de leurs déchirures liées à l'extraction des dents, se rangent comme causes d'irritations : chez les fumeurs, le dépôt de petites parcelles de charbon, la fumée et le jus du tabac lui-même ; chez les ouvriers employés à tailler le verre, l'incrustation de fines molécules de verre (Putégnat) ; enfin la présence de chicots et les dépôts de tartre constituent les causes les plus fréquentes d'irritations des gencives.

**Anatomie pathologique et symptomatologie.** — Les *lésions* et les *symptômes* de la gingivite diffèrent suivant le plus ou moins d'acuité de l'inflammation.

Un corps étranger implanté dans le tissu de la gencive peut provoquer un petit abcès, qui guérit rapidement après son élimination. Plus souvent, l'infection aiguë intéresse plusieurs gencives qui, un peu épaissies, sont sèches, luisantes, d'un rouge vif, bientôt recouvertes d'une pellicule blanchâtre. Ces lésions sont au maximum au niveau du bord libre et des languettes interdentaires ; ces parties se décollent et se couvrent de petites fongosités qui remontent plus ou moins haut sur les couronnes ou bien il s'y produit une exulcération superficielle. Le patient se plaint d'une légère cuisson, de picotement, de gêne de mastication ; la sécrétion salivaire est exagérée, l'haleine est fétide.

En général, la gingivite *aiguë* n'offre pas de gravité, mais elle expose aux adénites cervicales aiguës, subaiguës ou chroniques, complications qui peuvent s'observer également dans le cas de gingivite *chronique* : cette dernière affecte tantôt la forme fongueuse, tantôt la forme hypertrophique.

Dans la gingivite *fongueuse*, qui, en raison de son indolence, inquiète peu le malade, la gencive épaissie, molle, dépressible, d'un rouge sombre, saignant au moindre contact et comme imbibée de pus, forme un relief accentué au niveau de son bord libre et des languettes interdentaires ; sa surface est granuleuse et porte çà et là de petites végétations papillomateuses, parfois aussi on y voit une ulcération véritable.

Terminaison des autres variétés de gingivite, la forme *hypertrophique* résulte d'une hypergenèse du tissu fibro-muqueux, en particulier de ses éléments fibreux ; aussi la gencive est-elle transformée en un bourrelet irrégulier, dur et résistant.

**Traitement.** — Le *traitement* de la gingivite doit répondre aux deux indications causales précédemment relevées : tout d'abord, on supprimera l'agent qui irrite la fibro-muqueuse, c'est-à-dire en général on extraira les chicots, on réséquera les débris de couronne, on enlèvera les dépôts de tartre qui s'insinuent à la manière d'un coin entre la gencive et la dent. Puis on modifiera le tissu enflammé en le touchant à la teinture d'iode ou avec le fer rouge, et pour ce faire pas n'est besoin d'un thermocautère, que peut suppléer une simple aiguille à tricoter portée au rouge.

### II. — PÉRIODONTITE EXPULSIVE (1).

Moins encore que les gingivites, les inflammations du tissu interposé à la manière d'un ligament entre l'alvéole et la racine dentaire constituent des entités morbides indépendantes des affections inflammatoires des gencives ou des maxillaires. C'est même sous le nom de *périodontite simple* que certains auteurs décrivent la lésion que dans le chapitre suivant nous considérons comme une *ostéopériostite alvéolo-dentaire*. Pour le moment, nous ne voulons retenir qu'une affection caractérisée au point de vue anatomique par une destruction lente et progressive du ligament dentaire et de la couche de ciment qui lui est sous-jacente, destruction de nature inflammatoire à marche chronique, procédant constamment du collet au sommet

(1) MAGITOT, De l'ostéopériostite alvéolo-dentaire (*Dict. encycl. des sc. méd.*, 1<sup>re</sup> série, t. XXVII, 1882, p. 286). — DAVID, Maladie de Fauchard (*Gaz. hebdomadaire*, 1889, p. 139). — BRASSEUR, Chirurgie des dents et de leurs annexes (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. VI). — RICHER, De la périodontite expulsive et de son traitement, thèse de Paris, 1890.



de la racine et entraînant fatalement la chute des dents (Magitot); c'est la *périodontite expulsive*, encore appelée : *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives* (Fauchard), *pyorrhée interalvéolo-dentaire* (Toirac), *gingivite expulsive* (Oudet); *ostéopériostite alvéolo-dentaire* (Magitot).

**Étiologie.** — La *périodontite expulsive* relève de causes mal connues; toutefois, avec Malassez et Galippe, il est logique d'admettre une intervention microbienne. La réalité de cette intervention cependant n'est pas encore démontrée, ce qui explique que l'on ait recherché dans certains états généraux des patients la cause première du mal, étant donnée surtout cette particularité étiologique importante à noter : l'absence de relation de l'affection avec la carie dentaire. Il nous paraît néanmoins plus conforme aux données actuelles de la science d'attribuer seulement une valeur de cause prédisposante, à l'arthritisme, aux troubles de la menstruation ou de la ménopause, au tabès, au mal de Bright, au diabète, ce dernier, au dire de Lecorché, agissant par l'acide lactique que renferme la salive des malades. L'on a encore signalé dans l'étiologie de la périodontite expulsive, l'hérédité et la période de la vie comprise entre vingt-cinq et cinquante ans.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions tantôt se localisent autour d'une seule dent, tantôt en intéressent plusieurs, sans qu'elles soient toujours contiguës. Par ordre de préférence elles siègent sur les grosses molaires, les incisives inférieures, les petites molaires, les incisives supérieures et les canines. Débutant au niveau du collet de la dent pour gagner ensuite la racine, l'affection se traduit par une légère injection et un certain épaissement de la membrane alvéolo-dentaire. Celle-ci se décolle, se ramollit, devient fongueuse, découvre la couche de ciment, qui, atteinte d'ostéite, puis de nécrose, devient rugueuse, se résorbe, et l'ivoire à son tour est à nu. L'interstice entre la racine et la paroi de l'alvéole se remplit de fongosités et de pus, et finalement la dent, après destruction de son ligament, est expulsée d'autant plus facilement que la gencive et le bord alvéolaire, eux aussi, ont été touchés, ils se sont couverts de fongosités et on disparu par ulcération.

La dent, autour de laquelle évolue le mal, d'ordinaire ne paraît pas altérée, il peut toutefois arriver que, à la longue, la pulpe se gangrène et donne une teinte grise ou noirâtre au tissu dentaire. De même, après destruction du ciment, l'ivoire pourrait se laisser attaquer, ou au contraire le ciment parfois s'épaissit vers le sommet de la racine.

**Symptomatologie.** — L'évolution clinique de la périodontite expulsive présente trois périodes.

Au *début* la dent paraît légèrement déviée, puis bientôt allongée; à son collet la gencive est bordée par un très étroit liséré rougeâtre

et commence à se décoller (fig. 226). Ces désordres progressent, la rougeur gingivale s'étend dans la direction de la racine dentaire, le décollement s'accroît; du pus s'échappe de l'interstice gingivo-dentaire, enfin le bord libre de la gencive épaissi, ramolli, se couvre de fongosités ou d'ulcérations et saigne facilement.

D'abord indolente, l'affection provoque bientôt au niveau des points malades une sensation de chaleur âcre en rapport parfois avec une élévation réelle de la température locale. C'est encore un chatouillement dans la gencive

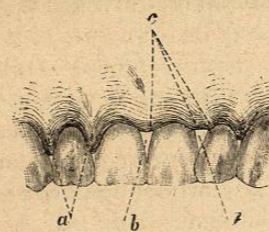


Fig. 226. — Pyorrhée alvéolo-dentaire. Période de début. L'espace compris entre l'incisive centrale et la petite incisive est occupé par une papille de la gencive a; au contraire on voit bb, comme premier symptôme les papilles ont disparu et il en résulte un espace vide entre les dents (Witzel).

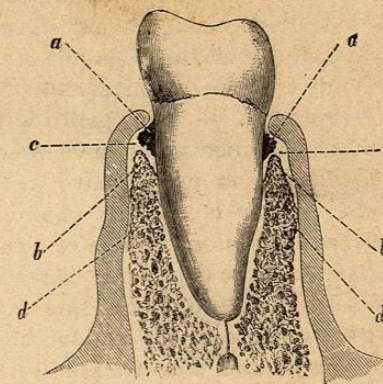


Fig. 227. — Période d'état. — aa, représentent les dépôts formés au bord de l'alvéole bb, et ayant détaché la gencive du collet de la dent, la matière décomposée s'amasse dans les clapiers; — cc, le périodonte est détruit et les parois de l'alvéole sont nécrosés (Witzel).

qui incite le malade à user du cure-dent, ou bien rarement, une douleur pongitive que soulage la pression des dents les unes contre les autres.

A la *période d'état*, la dent est ébranlée et baigne dans le pus que renferme l'alvéole (fig. 227). L'agacement éprouvé par le patient est plus intense et de temps à autre surviennent des poussées aiguës, qui coïncident avec la formation et l'évacuation de petites pustules gingivales. L'haleine devient fétide et parfois il existe une salivation abondante. Si rarement l'inflammation se généralise à toute la muqueuse de la bouche, assez fréquemment surviennent des adénites sous-maxillaires.

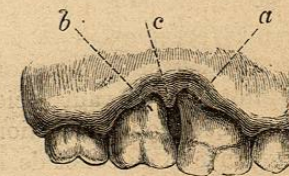


Fig. 228. — Période de chronicité. — La suppuration a entièrement détruit l'espace compris entre la première et la deuxième molaire c, et en partie les lamelles ab (Witzel).

La chute de la dent caractérise la *troisième période* (fig. 228). Après destruction de son ligament, la dent ne tient plus que par quelques adhérences fibreuses du sommet de sa racine; elle oscille trop au large dans l'alvéole plein de pus dont la



paroi se résorbe, affaiblissant encore ainsi le faible soutien fourni par la gencive elle-même en partie détruite. Sans cesse heurtée par la langue, finalement la dent tombe et alors la guérison ne tarde pas. La gencive se rétracte et se cicatrise par-dessus le rebord alvéolaire atrophié. Malheureusement, comme d'ordinaire plusieurs dents sont simultanément atteintes à des degrés divers, la durée totale de la maladie en générale est très longue. Cette donnée, de même que les troubles de la nutrition auxquels expose la chute des dents, assombrit le *prognostic*. Ce serait toutefois une erreur que de désespérer de la guérison; un traitement convenable peut y conduire.

**Diagnostic.** — L'intégrité de la dent, sa mobilité primitive, sa chute spontanée après une suppuration alvéolaire qui a gagné de la gencive dans la profondeur jusqu'au sommet de la racine, tout cela constitue un complexe clinique d'un *diagnostic* facile. L'*ostéopériostite alvéolaire* simple et chronique s'en distingue en ce qu'elle a pour point de départ une dent malade et aussi parce que ses lésions évoluent de la profondeur de l'alvéole vers la gencive. De même on évitera une erreur si l'on tient compte de la mortification de la pulpe ou de la notion d'un traumatisme antérieurement subi par la dent dont les racines sont atteintes de résorption spontanée. Chez les vieillards, chez les ataxiques, la chute spontanée des dents par atrophie du bord alvéolaire survient sans suppuration. Enfin, les gingivites simples exceptionnellement causent la chute des dents.

**Traitement.** — Le *traitement* de la périodontite expulsive réclame, en plus des soins particuliers en rapport avec l'état général des malades, des soins locaux. Tout à fait au début, par de légers badiageonnages à la teinture d'iode avec pénétration du liquide sous le bord libre de la gencive, on tentera la désinfection de la partie malade. Malassez et Galippe recommandent même, quand la gencive est décollée, de l'exciser pour ouvrir largement les clapiers qu'elle recouvre et permettre leur désinfection par des lavages au sublimé. D'autres auteurs préconisent le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent, ou encore la cautérisation au fer rouge. Pour Magitot, rien ne vaut l'acide chromique que l'on emploiera, solide, déliquescent ou en solution, en ayant soin de le faire pénétrer entre la gencive et le collet de la dent jusque dans l'alvéole. Après une réaction assez vive avec exagération des phénomènes morbides, l'amélioration se manifeste. Cette intervention demande à être renouvelée tous les six ou huit jours jusqu'à guérison; on complétera le traitement par l'administration à l'intérieur de 1 à 4 grammes de chlorate de potasse donné en pastilles que le malade laissera fondre dans sa bouche.

### III. — OSTÉOPÉRIOSTITE ALVÉOLAIRE (1).

Lorsque l'inflammation du revêtement périostique et de l'os reste limitée au bord alvéolaire sans gagner le corps même des maxillaires, on dit qu'il y a *ostéopériostite alvéolaire*.

**Étiologie.** — En tête de l'*étiologie* de l'ostéo-périostite alvéolaire on doit inscrire la *carie dentaire*; après avoir détruit l'émail en un point de la couronne, altéré l'ivoire et provoqué l'inflammation de la pulpe, l'agent infectieux de la carie dentaire enflamme le ligament alvéolo-dentaire, provoque une véritable *arthrite dentaire* ou, comme certains disent, une *périodontite*.

D'autres fois la carie, après avoir détruit la pulpe de la dent, grâce au canal de la racine laisse un chemin ouvert entre l'extérieur et l'articulation dentaire, que peuvent atteindre les agents septiques de la cavité buccale.

Les *traumatismes dentaires*, eux aussi, sont cause d'ostéopériostite; toute violence qui ouvre et dilacère l'articulation alvéolo-dentaire, telle la fracture ou la luxation d'une dent, la pénétration entre le collet et la gencive d'une arête, d'un éclat d'os, peut être suivie d'infection et d'inflammation.

Certaines inflammations primitivement localisées aux gencives, elles aussi, sont susceptibles de gagner la profondeur, c'est ainsi que procèdent les *gingivites* dans certaines intoxications métalliques (plomb, mercure, phosphore, arsenic), dans certaines infections générales (fièvres éruptives, typhoïde, etc.), ou encore la gingivite pseudo-membraneuse. Nous reviendrons sur cette donnée étiologique à propos de la nécrose des maxillaires.

Enfin l'on signale des cas d'ostéopériostite alvéolaire *spontanée* ou plus exactement de cause inconnue; l'affection, qui siège alors de préférence au niveau des incisives, relèverait de la *diathèse rhumatismale* ou chez la femme de *troubles menstruels*. Plus fréquemment, ces deux dispositions morbides, auxquelles il convient d'ajouter le *froid humide*, ajoutent leur influence déterminante à l'action prédisposante des causes précédemment énumérées.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue *anatomopathologique*, suivant qu'il y a ou non formation de pus, l'ostéopériostite alvéolaire est dite *suppurée* ou *simple*.

En général, tout d'abord l'inflammation est localisée au niveau de la pointe de la racine d'une dent cariée; puis peu à peu elle remonte plus ou moins vers la couronne, intéresse rarement dans toute son étendue le périoste de l'alvéole, et, chose remarquable, respecte toujours son intégrité au niveau de sa réunion avec la gencive. Gorgé de sang, infiltré d'exsudats inflammatoires, épaissi par

(1) TELLIER, Fistules dentaires, thèse de Paris, 1892.