

## V. — NÉCROSE DES MAXILLAIRES (1).

**Etiologie.** — Si l'on veut bien se reporter à ce qui a été écrit précédemment sur les causes des ostéopériostites alvéolaire et maxillaire, nous aurons peu de choses à ajouter quant à l'étiologie de la *nécrose des maxillaires*. Les conditions qui altèrent la vitalité de ces os et les exposent aux attaques des agents infectieux de la salive nous sont connues, restent donc à signaler les causes de mortification qui, au point de vue de leur mode pathogénétique, méritent d'être qualifiés de *mécaniques*. Une violente contusion, une cautérisation accidentelle, une fracture avec décollement étendu du périoste, mieux encore une fracture esquilleuse par coup de feu, causent la nécrose par mortification directe du tissu osseux ou par suppression de ses voies de nutrition. Certaines affections ulcéreuses également comme l'épithélioma, la tuberculose, l'antinomyose, la syphilis, en détruisant l'os, peuvent y circonscire des segments qui, faute de nutrition, deviennent des séquestres plus ou moins étendus. Toutefois, à ces diverses causes de nécrose se surajoute souvent l'infection du foyer morbide; par exemple une fracture esquilleuse s'infectant devient par cela même plus exposée à la nécrose.

C'est au maxillaire inférieur que la nécrose est le plus souvent observée et cette prédilection s'explique par la texture compacte de cet os, sa vascularité moindre que celle du maxillaire supérieur, sa position superficielle qui l'expose aux violences extérieures, sa situation déclive qui permet le contact habituel et prolongé des liquides buccaux avec les parties enflammées, enfin la facilité avec laquelle son périoste se laisse détacher. (Guyon et Monod.)

**Anatomie et physiologie pathologiques.** — La mortification de l'os débute le plus souvent par le bord alvéolaire, elle peut y rester limitée, ou bien le séquestre comprend une portion du bord dentaire et un segment variable du corps de l'os, parfois enfin la mâchoire entière est nécrosée. Ce fait se produit surtout au *maxillaire inférieur*; mais plus souvent une seule moitié de l'os est atteinte, ou bien l'une de ses branches horizontale ou montante, voire encore la symphyse seule. Quelquefois la table externe du corps de l'os seule, est mortifiée. Au maxillaire supérieur la nécrose du bord alvéolaire peut se compliquer d'ouverture du sinus; elle se limite parfois à l'os intermaxillaire; enfin, plus souvent qu'à la mâchoire inférieure, le séquestre y est indépendant du bord alvéolaire. Nous renvoyons

(1) U. TRÉLAT, De la nécrose produite par le phosphore, thèse d'agrégat. Paris, 1857; *Société de chirurgie*, 10 décembre 1873. — GUYON et MONOD, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2<sup>e</sup> série, t. V, art. MAXILLAIRES, p. 567, 1872. — BROCA, De la nécrose phosphorée (*Gaz. heb.*, 1889, p. 66). — TRÉLAT, *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 728. — LÉON FREY, *Pathologie des dents et de la bouche*. Paris, 1896, p. 231.

pour l'étude de la nécrose du palais osseux, au chapitre rédigé par M. Morestin.

Indépendamment de l'étendue du séquestre qui découle du plus ou moins d'extension des désordres traumatiques ou inflammatoires, indépendamment de sa forme qui est en rapport avec la forme même de l'os au point mortifié, l'aspect du segment nécrosé varie selon que l'évolution du mal a été aiguë ou chronique. Les lésions diffèrent aussi à la mâchoire inférieure et à la mâchoire supérieure.

Si la nécrose du maxillaire inférieur est survenue rapidement, la surface du séquestre est lisse et d'apparence normale, seules ses extrémités au point de séparation entre le mort et le vif sont érodées, irrégulièrement déchiquetées. Quand la nécrose a été lente et l'élimination tardive, le séquestre est rugueux, partiellement recouvert d'ostéophytes eux aussi mortifiés. Ce sont de fines lamelles osseuses, grisâtres, irrégulièrement disposées en traînées ou en plaques de quelques millimètres d'épaisseur, rappelant par leur aspect l'éponge de platine ou la pierre ponce. Parfois aussi à la surface du séquestre et adhérente à lui se voient des plaques nécrosées de tissu osseux éburné; c'est qu'en effet les phénomènes d'élimination et de réparation du segment maxillaire malade sont des phénomènes d'ostéite, laquelle par places est raréfiante, et par places ossifiante. La couche ostéogène d'Ollier, intermédiaire au périoste et à l'os, les éléments de la moelle contenus dans les canaux vasculaires des couches osseuses superficielles, les cellules osseuses mises en liberté par la résorption des sels qui les encroûtaient, tous ces éléments prolifèrent, d'où la formation d'un os nouveau adhérent à l'os ancien. Cette union toutefois n'est que temporaire; tôt ou tard un sillon de séparation se forme grâce à un travail de résorption et de raréfaction inflammatoire qui aboutit à l'isolement du séquestre.

Le *mode de réparation* du maxillaire inférieur diffère suivant que la nécrose occupe le corps de l'os ou l'une de ses branches. Broca a donné de la nécrose du corps une description devenue classique. Si le séquestre est peu étendu, il se trouve logé dans une gouttière que forme au-dessous de lui l'os nouveau. Le tissu des gencives a été détruit par l'inflammation, et le périoste qui tapisse le bord inférieur et les deux faces de l'os s'est trouvé transformé en une gouttière à ouverture supérieure celle-ci a été le moule de l'os nouveau. Comme du fait de la destruction de sa portion gingivale, de son décollement et de son inflammation, le périoste du maxillaire s'est rétracté le long des faces de l'os; la gouttière qu'il forme et par suite l'os nouveau ne recouvre pas le rebord alvéolaire nécrosé. Plus la nécrose s'étend dans le sens transversal plus aussi cette rétraction s'accroît, si bien que lorsque tout le corps de la mâchoire est atteint, la gouttière périostique avec sa doublure osseuse se trouve finalement située au-dessous et en arrière du séquestre. L'os nouveau, dont les muscles génio-glosse,



génio-hyoïdien et digastrique tendent à redresser la courbure, décrit un demi-cercle concentrique à l'os ancien.

Lorsque la nécrose se limite aux branches du maxillaire, autour du séquestre se constitue une loge osseuse aplatie qui se moule sur l'intérieur de l'enveloppe périostique de l'os. Cette gaine n'est jamais complète, elle manque aux points qui ont donné passage au pus, soit le long du bord postérieur de l'os, soit sur sa face externe. Enfin Desault a vu sous l'influence du masséter le périoste décollé et les couches osseuses être entraînés en arrière et en dehors du séquestre.

Dans le cas où toute une moitié du maxillaire inférieur est nécrosée, l'os régénéré présente deux particularités intéressantes (Ollier) : l'angle de la mâchoire est effacé et l'ensemble de la reproduction osseuse a une longueur moindre que la partie nécrosée. La courbe en apparence régulière à convexité inférieure que décrit l'os nouveau à un examen attentif présente deux angles obtus à peine appréciables ; l'un est la trace de l'angle normal du maxillaire, dont il occupe la place, l'autre répond au point d'union de l'os ancien et de l'os nouveau. Celui-ci attiré en dedans se déprime, et par suite est plus court que le segment qu'il remplace. Quant à la réparation des apophyses coronoides et condyliennes, les faits manquent pour en préciser le degré habituel.

Les malformations que présente l'os nouveau, sont d'autant moins accusées que, l'affection ayant évolué plus lentement, sa solidité a eu le temps de s'accroître davantage avant la séparation du séquestre qui lui fournit un soutien. Enfin toute reproduction peut faire défaut soit sous l'influence de l'état général du patient (grand âge, débilité) ou du fait de la destruction du périoste et la mortification rapide de l'os par la violence même de l'inflammation. Plus souvent encore il arrive que le tissu osseux nouveau atteint d'ostéite raréfiante se détruit par un travail de résorption lente.

Au *maxillaire supérieur* la nécrose se limite tantôt au bord alvéolaire, tantôt à l'apophyse palatine, ou bien elle gagne la totalité de l'os et même s'étend aux os voisins : malaire, palatin, cornets, vomer, ethmoïde. Quelquefois encore les os du crâne sont envahis : frontal, sphénoïde, temporal (Trélat), et même l'occipital (Haltenhoff). Ces complications laissées de côté, la régénération osseuse du maxillaire supérieur de règle est nulle. Très rarement, dans des cas de nécrose phosphorée, l'on a observé des reproductions partielles et alors c'est au niveau des parties relativement épaisses et doublées de périoste, la voûte palatine, l'apophyse montante, le bord orbitaire. Le corps même de l'os en général, n'est représenté que par des tractus de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux, et le rebord alvéolaire ne se reforme jamais.

**Symptomatologie.** — Les *symptômes* propres à la nécrose se limitent aux phénomènes qui accompagnent l'élimination du séquestre

et la réparation de la brèche qu'il laisse dans l'os. Leur évolution réclame plusieurs mois, souvent plus d'une année ; à titre exceptionnel l'on peut citer l'observation d'un garçon de sept ans, chez qui une ostéomyélite du maxillaire inférieur suivie de nécrose était guérie au bout de quatre mois. (Senftleben.)

Comme le fait remarquer Bérard, *lorsque la nécrose se limite au bord alvéolaire tout se passe dans l'intérieur de la bouche*. Les phénomènes inflammatoires du début se calment lorsque le pus se fait jour à l'extérieur par une ou plusieurs fistules qui permettent de sentir l'os dénudé ; celui-ci peu à peu devient mobile, tend à sortir au travers du tissu gingival enflammé ou se laisse facilement extraire. Alors bientôt l'écoulement de pus cesse, la tuméfaction des gencives et de

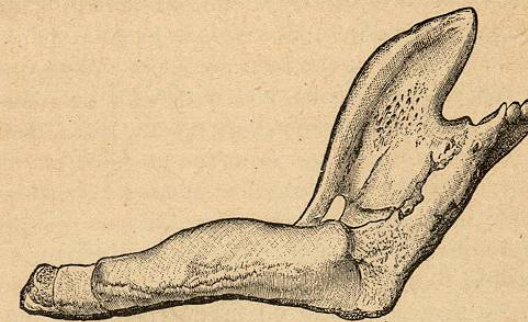


Fig. 232. — Nécrose phosphorée (S. Bartholomew's Hospital Reports, I, 232 et Med. chirurg. Transactions, t. LVII).

la joue tend à disparaître, la brèche osseuse du bord alvéolaire se cicatrise sans se réparer ; à la longue toutefois chez les jeunes sujets elle se rétrécit par le rapprochement des dents voisines. Enfin lorsque la brèche du bord alvéolo-dentaire est assez étendue, l'on peut observer, comme Bryant chez une jeune femme, en regard sur l'autre mâchoire une véritable hypertrophie compensatrice.

*Intéressant le corps et les branches du maxillaire inférieur* (fig. 232), la nécrose se traduit par une tuméfaction et une induration de la joue et de la région supérieure du cou. En général, au voisinage de l'angle de la mâchoire s'ouvrent plusieurs fistules qui conduisent sur le séquestre ; du pus fétide s'en échappe ainsi que de l'intérieur de la bouche, dont l'intérieur est difficilement exploré en raison d'un certain degré de constriction des mâchoires. L'on y constate la perte d'une ou de plusieurs dents, la mobilité de certaines autres, l'épaississement du maxillaire ; enfin plus tard à travers les gencives fongueuses et ulcérées, le doigt sent le séquestre qui peu à peu se mobilise et tend à s'échapper soit par la bouche, soit par une fistule cutanée. Toutefois son issue n'est pas toujours suivie de guérison, car, surtout dans les cas d'intoxication phosphorée, l'ostéopérioste gagne progres-



sivement les parties saines de l'os qu'elle nécrose par segments. En même temps que se produit l'élimination du séquestre, la réparation de l'os évolue et finalement les fistules cutanées fermées, persiste une déformation du visage en rapport avec l'étendue des désordres osseux. La portion horizontale du maxillaire a-t-elle été nécrosée, la nouvelle mâchoire est moins haute et moins convexe, le menton est fuyant. Tout l'os a été mortifié; alors, à l'effacement du menton s'ajoutent l'effacement des angles et la saillie des branches montantes; alors, même après destruction des condyles, les mouvements de la mâchoire se rétablissent, mais, comme le plus souvent les dents sont absentes, la mastication et la prononciation restent défectueuses.

La *nécrose du maxillaire supérieur* limitée à la fosse canine, le bord orbitaire, l'apophyse montante, s'accompagne de tuméfaction de la joue, de fistules à ce niveau; elle peut laisser une ouverture du sinus. Bien que la réparation osseuse soit de règle fort incomplète, la difformité est en général peu marquée, même après destruction de tout l'os. La joue s'enfonce peu et même chez les jeunes sujets la production fibreuse suffit parfois pour lui conserver son aspect normal. Du côté de la bouche, les désordres laissent plus de traces et entraînent les inconvénients habituels à la communication des cavités nasale et buccale.

**Diagnostic.** — Le *diagnostic* de la nécrose des maxillaires en général n'offre aucune difficulté. La seule cause d'erreur résulte parfois de la présence d'une fistule alvéolaire conduisant le stylet sur la racine d'une dent cariée dont le contact simule celui d'un séquestre; mais alors les accidents inflammatoires primordiaux ont été moins sérieux; du reste l'extraction de la dent, indiquée dans l'un et l'autre cas, est promptement suivie de guérison, s'il n'existe pas de séquestre de l'alvéole.

**Traitement.** — Le *traitement* soulève un premier problème: quand le chirurgien doit-il intervenir pour extraire le séquestre? Lorinser, dont Trélat a défendu la manière de voir, conseille d'attendre jusqu'à ce que la nécrose soit limitée et le séquestre mobile; agir autrement c'est s'exposer à faire trop ou trop peu. Par suite, pendant cette longue période de suppuration on aura recours aux larges irrigations buccales avec un irrigateur chargé d'un liquide antiseptique; on tonifiera le malade; on fera enfin, s'il y a lieu, un traitement en rapport avec la cause même de l'affection. Toutefois, pour mettre un terme à des douleurs vives et persistantes, pour s'opposer aux progrès de la septicémie, Lorinser accepte l'intervention hâtive, comme Maisonneuve, A. Guérin et Verneuil. Cette pratique, exceptionnelle pour les auteurs précédents, a par contre été posée en règle générale par les chirurgiens allemands. Billroth n'accepte l'expectation que s'il existe une nécrose limitée du bord alvéolaire; toutes les fois qu'une portion considérable

d'un maxillaire est atteinte et que l'affection menace de durer un an ou plus, la résection est avantageuse. L'opération, sans doute, n'est pas le plus souvent suivie de guérison complète, cela parce que la maladie continue d'évoluer; mais l'intervention diminue la suppuration et place le patient dans de meilleures conditions pour supporter la prolongation du mal, aussi est-il indiqué au besoin de pratiquer une seconde, voire même une troisième résection. Entre ces deux opinions aussi exagérées l'une que l'autre se trouve la vérité.

Sans doute, on saura attendre que le séquestre se mobilise, mais il n'est pas contre-indiqué de solliciter sa chute, de lui ouvrir un chemin. Par sa présence il entretient un véritable travail de résorption inflammatoire dans l'os nouveau, et plus l'on retardera l'opération, moins considérable sera le volume de la nouvelle mâchoire. Pour ces raisons, si l'opération n'est pas commandée plus tôt par l'état général des malades, on attendra pour agir qu'un certain intervalle (1 à 2 millimètres au plus) se soit établi entre l'os et la gaine osseuse nouvelle. Ces conditions se trouvent ordinairement réunies au bout de six à huit mois.

Dans la plupart des cas, le séquestre sera enlevé par la bouche; c'est de ce côté qu'il fait saillie et un débridement, le décollement des gencives ou du périoste palatin, l'écartement de la gouttière osseuse nouvelle permettent de le saisir et de l'extraire. Quand une grande partie du maxillaire inférieur ou l'une de ses branches est nécrosée, alors l'opération est souvent plus aisée si l'on taille un lambeau cutané, soit en profitant des fistules pour diriger les incisions, soit en préférant l'incision classique le long du bord inférieur de l'os. Le nouvel os mis à nu, le chirurgien respecte le plus possible la gaine que forme l'os nouveau, au besoin il fragmente le séquestre, avec la spatule et la rugine, il détache les liens fibreux qui le retiennent, en particulier les insertions massétérides et temporales. D'ordinaire l'articulation temporo-maxillaire se laisse facilement ouvrir étant enflammée et souvent pleine de pus lorsque le condyle est malade.

Un dernier point reste à indiquer, il a trait à la conservation des dents. Chez les enfants, on n'oubliera pas que les germes des dents permanentes peuvent rester intacts sous un bord alvéolaire nécrosé. Chez l'adulte également, on a signalé certains cas de nécrose du corps des maxillaires dans lesquels les dents ont pu être conservées avec le bord alvéolaire.

#### VI. — DES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR L'ÉRUPTION DE LA DENT DE SAGESSE (1).

Le clinicien doit toujours penser à la dent de sagesse chez tout individu qui, arrivé à l'âge de l'éruption de cette dent, présente des acci-

(1) A. HEYDENREICH, Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse, thèse d'agrégation, 1878. — CORNUDET, De la dent de sagesse, thèse de Paris, 1887.