

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.

dents quelconques dans la région de l'angle de la mâchoire ou à son voisinage. Aussi, bien que les maladies des dents ne doivent pas être étudiées dans ce Traité, il convient de grouper ici pour en donner une vue d'ensemble *les divers accidents provoqués par l'éruption de la dernière grosse molaire*.

Physiologie pathologique. — D'après une statistique de Cornudet, ces désordres s'observeraient chez 73 sujets environ sur 1000, indication de peu d'importance, il est vrai, car si en réalité les lésions légères sont très fréquentes, sérieuses elles ne sont pas très communes. Comme l'éruption de la dent de sagesse a lieu à dix-huit ans (âge moyen) chez l'homme et à vingt et un chez la femme, ces accidents surviennent surtout de vingt à vingt-cinq ans, plus rarement trente-cinq et tout à fait par exception à un âge plus avancé. Leur moindre fréquence chez la femme, dans les races inférieures prognathes, sur la mâchoire supérieure et sur le côté droit de la mâchoire inférieure, tiendrait à une condition pathogénique particulière.

L'éruption de la dent de sagesse se trouverait gênée quand il existe une disproportion entre son volume et l'espace qu'elle est destinée à occuper et c'est ce qui a lieu chez l'homme moins prognathe que la femme (Heydenreich) et la même raison est invoquée chez les individus des races supérieures. Enfin, tandis qu'à la mâchoire inférieure, et surtout sur sa moitié gauche plus courte que la droite (Reclus), il peut n'exister entre la deuxième grosse molaire et le bord antérieur de la branche montante aucun intervalle susceptible de donner passage à la dent de sagesse, un pareil obstacle ne saurait exister à la mâchoire supérieure dont le tissu en outre est moins résistant. Non seulement la structure de l'os y est moins dense, mais encore la fibromuqueuse très adhérente résiste à la dent et s'atrophie devant elle, tandis qu'à la mâchoire inférieure le revêtement muqueux se laisse décoller par la couronne à qui il constitue un chapeau plus ou moins complet ; ainsi se trouve formée une cavité, véritable clapier où, grâce à l'humidité et à la chaleur, pullulent les agents infectieux de la bouche. Pour Redier et Cornudet, cette disposition anatomique éclaire la pathogénie des accidents de l'éruption de la dent de sagesse, *accidents qui sont dus, dans l'immense majorité des cas, à une véritable infection putride locale*. C'était là du reste, en partie au moins, la manière de voir de Chassaignac qui a décrit la *cachexie buccale*. A l'appui de leur thèse, les auteurs précédents affirment que jamais ils n'ont vu les accidents éclater avant que la muqueuse eût été perforée. Heydenreich toutefois révoque en doute l'absolu de cette proposition, remarquant qu'elle n'explique pas pourquoi les accidents si fréquents lors de l'éruption de la dent de sagesse sont si rares lors de l'éruption des autres dents. Tout en attribuant une grande valeur à cette notion d'une origine infectieuse, il convient donc dans la pathogénie qui nous occupe de ne pas négliger les conditions ana-

tomiques auxquelles certains font à tort jouer un rôle exclusif.

Lorsque la dernière molaire est arrêtée dans son éruption par le manque d'espace, ses racines continuent à croître, et la pression s'exerce à la fois dans la direction du bord alvéolaire et du corps de la mâchoire. Alors, ou bien la dent cesse de croître, ou bien elle se dévie et se fait jour en un point anormal ou bien il survient des accidents. Ceux-ci sont : des phénomènes inflammatoires à marche tantôt lente et sourde, tantôt aiguë qui se développeraient au sein de l'os du fait de la seule action mécanique exercée sur lui par la dent. C'est là, il faut bien le reconnaître, une explication qui n'est plus de mise à notre époque ; une simple pression atrophie le tissu osseux, mais ne l'enflamme pas ; tout au plus peut-on lui attribuer une cause prédisposante favorable à l'infection.

Lorsque la dent se dévie à la mâchoire inférieure, elle peut se perdre dans l'épaisseur de la branche montante, ou bien faire incomplètement saillie sur son bord antérieur ou encore elle s'incline en avant, quelquefois en dehors, plus rarement en dedans ou en arrière. En dedans, comme en dehors, la couche osseuse qui résiste est mince et ce sont surtout les gencives, la langue ou la joue qui sont irritées par le contact anormal de la couronne, tandis que le tissu osseux réagit lorsque la dent se porte en haut ou en arrière dans la branche montante, ou encore en avant dans le corps de l'os. A la mâchoire supérieure, la dernière molaire également peut rester emprisonnée, ou bien elle est repoussée tout à fait en arrière dans la tubérosité, ou enfin elle se dévie, s'inclinant de préférence en dehors ; de là aussi des accidents osseux et muqueux.

L'importance attribuée dans la venue des accidents au manque de place pour l'éruption de la dent de sagesse ne doit pas faire négliger le rôle déjà signalé de l'infection, ce qui le prouve, c'est que les accidents se déclarent quelquefois alors que rien ne s'oppose à la sortie de la dent. Enfin la valeur pathogénétique de l'infection est encore établie par la coexistence de la carie de la dernière molaire et des lésions que nous allons résumer en nous inspirant de la description donnée par Heydenreich (1).

Nature des accidents. — Des *lésions inflammatoires*, des *troubles du système nerveux*, tels sont les accidents qui, groupés différemment suivant les cas, doivent être signalés tour à tour.

L'inflammation consiste au degré le plus léger en une *irritation de la gencive* au point de sortie de la dent, avec une douleur peu intense qui disparaît en quelques jours ou quelques semaines. Autrement, la calotte gingivale plus ou moins complète qui cache la couronne suppure, c'est un *abcès véritable* dont la paroi muqueuse s'amincit, se perfore, se déchire en lambeaux irréguliers, se couvre

(1) *Traité de chirurgie* publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. V.

de bourgeons charnus baignant dans un liquide sanieux, purulent, mêlé de débris alimentaires. Enfin chez certains sujets la *gingivite* gagne les dents voisines ; au niveau de leur collet la muqueuse est ulcérée, fongueuse, et couverte d'un liquide séro-sanguinolent.

Les lésions muqueuses relativement superficielles peuvent retentir à distance, se compliquer d'une *amygdalite* souvent très tenace, ou bien c'est une *angine* qui intéresse les piliers et la partie voisine du voile, voire même la luette et aussi le pharynx ; enfin l'inflammation parfois est assez généralisée pour mériter le nom de *stomatite*. Ce serait toutefois une erreur que de vouloir attribuer plus que la valeur d'une cause accidentelle à l'éruption de la dent de sagesse dans la pathogénie de la *stomatite ulcéro-membraneuse* et de l'*adénite cervicale*, sous prétexte que ces dernières lésions s'observent souvent chez les soldats. L'*adénite* du reste, sous-maxillaire ou parotidienne, est assez fréquente, sa venue trahit l'infection de la muqueuse gingivale ; tantôt on sent un ou plusieurs ganglions peu volumineux, durs, mobiles, indolores, tantôt une ou deux glandes deviennent très volumineuses, se résolvent ou suppurent, tantôt enfin il se forme un adéno-phlegmon à marche plus ou moins aiguë.

Lorsque la dent de sagesse au lieu de sortir à la gencive se dévie, sa couronne, surtout si elle est cariée et par suite irrégulière, vient déchirer le bord de la langue ou dans d'autres cas elle ulcère la muqueuse de la joue. Ici l'on voit une surface irrégulière, grisâtre, à bords taillés à pic, à pourtour induré ; parfois même l'ulcération aboutit à la perforation de la joue.

Que le tissu osseux réagisse sous la double influence de l'infection et de la compression, le fait est indubitable, toutefois il n'est pas établi, bien que certains auteurs l'admettent, que certains *néoplasmes* des maxillaires soient susceptibles de se développer du fait de l'éruption difficile de la dent de sagesse. Les accidents osseux que l'on observe sont de nature inflammatoire, il s'agit d'*ostéite*.

Dans une première forme essentiellement chronique et limitée au voisinage de l'alvéole, l'*ostéite* mérite presque le nom de *périodontite* et se traduit par une douleur plus ou moins vive accompagnée parfois d'un certain gonflement. Ce dernier chez certains sujets s'exagère, en particulier lorsque l'affection intéresse l'angle de la mâchoire inférieure, c'est alors une véritable *ostéite hypertrophiante*.

Dans une autre forme l'*ostéite suppure*. Au niveau de la dent de sagesse l'os se gonfle, la muqueuse est rouge et tuméfiée, la partie est douloureuse, enfin il existe une fièvre plus ou moins intense. Bientôt le gonflement s'étend, gagne l'angle de la mâchoire, le relief des régions parotidienne et sous-maxillaire s'exagère par suite de la tuméfaction des ganglions lymphatiques qui presque toujours participent à l'inflammation. La face proprement dite et les paupières sont en général moins atteintes que dans les cas de simple fluxion dentaire.

En même temps apparaît de la constriction de la mâchoire, la langue et les gencives se couvrent d'un enduit blanchâtre, l'haleine prend une odeur fétide. Après un état stationnaire d'une durée de huit à quinze jours, l'*ostéite* suppure ; tantôt le pus trouve une issue à travers l'alvéole de la dent de sagesse ou bien il peut se faire jour en différents points. L'abcès s'ouvre dans la bouche au fond du vestibule ; ou bien il pointe à la peau presque toujours, quand la lésion siège au maxillaire inférieur, il s'ouvre au dessous de son bord cutané près de l'angle de la mâchoire, quelquefois en arrière de lui, exceptionnellement en avant plus ou moins près du menton, quelquefois aussi au milieu de la joue. Dans certains cas la suppuration s'étend à une grande partie du maxillaire, elle envahit au loin les parties molles du cou et alors se forment des fusées purulentes qui laissent à leur suite de longues fistules ouvertes au loin, au voisinage de la clavicule. Parfois aussi il persiste des fistules multiples, soit que le pus se soit fait jour en des points différents, soit que, ce qui est fréquent, des poussées inflammatoires successives leur aient donné naissance. Chez certains sujets enfin les fusées purulentes se dirigent vers l'œil, souvent dans le conduit auditif externe, ou bien l'articulation temporo-maxillaire suppure, ou l'*ostéite* se termine par septicémie, par infection purulente.

De règle la *constriction des mâchoires*, qui accompagne d'ordinaire les lésions précédentes, résulte de la propagation de l'inflammation aux muscles élévateurs de la mâchoire, surtout au masséter. Il y a *myosite* et ultérieurement, quand l'affection persiste des semaines ou des mois, les muscles subissent la transformation fibreuse, se rétractent et la constriction de la mâchoire devient permanente. D'après quelques auteurs il se pourrait encore que chez certains malades le maxillaire inférieur fut immobilisé par une *contracture réflexe* de ses élévateurs. Salter rapporte un cas dans lequel la constriction survint brusquement, persista pendant quatre mois et disparut en vingt-quatre heures après l'ablation de la deuxième molaire. Une observation de Duplay démontrerait encore la possibilité de simples *accidents nerveux* comme conséquence d'un trouble de l'éruption de la dent de sagesse.

Chez le malade de Duplay, qui présentait une ulcération de la joue due à la direction vicieuse de la dent de sagesse supérieure, dès que l'on touchait la surface ulcérée brusquement la mâchoire se serrait. En même temps le patient accusait une douleur atroce dans l'œil avec obscurcissement de la vue et phosphènes brillants ; du côté de l'oreille il éprouvait une vive douleur et des bourdonnements, enfin toute la sphère du trijumeau était atteinte de névralgie. Ce sont surtout les *douleurs névralgiques* qui compliquent les accidents de l'éruption de la dent de sagesse : des douleurs d'oreilles, une odontalgie plus ou moins vive, parfois une névralgie de l'un des nerfs dentaires.

Parfois les irradiations douloureuses se propagent aux nerfs occipitaux, gagnent le cou, l'épaule et même le bras correspondant. Parfois l'on peut observer un tic douloureux de la face ou bien, comme Portal, des convulsions épileptiformes généralisées. Autrement encore Salter a vu une paralysie du bras disparaître subitement après l'avulsion d'une dent de sagesse dont l'éruption se faisait en mauvaise direction.

Quant à la pathogénie de ces désordres nerveux suivant les cas et souvent sans qu'une démonstration positive soit possible, l'on invoque une névrite, une compression nerveuse, une action réflexe.

Traitement. — Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement propre à chacun des désordres divers causés par l'éruption de la dent de sagesse ; un seul point, capital il est vrai, doit nous retenir ; l'indication causale du traitement. Aussi longtemps en effet que le chirurgien ne se sera pas adressé à la cause même du mal, à la dent de sagesse qui évolue mal, aussi longtemps les accidents observés persisteront ou se reproduiront.

La gencive résiste à l'issue de la dent ou bien forme chapeau au-dessus de sa couronne, il est indiqué de l'exciser. Par des applications locales d'acide chromique pur, répétées tous les deux jours, par des attouchements à la teinture d'iode, on réprimera et on désinfectera la muqueuse ulcérée et saignante. Si l'ulcération, siégeant à la joue ou sur le bord de la langue, résulte de l'inclinaison vicieuse de la dent, pour peu que le traitement local ne suffise pas, on enlèvera la molaire, et cela sans hésiter si elle est cariée.

Lorsque l'on suppose que la dent de sagesse ne trouve pas la place nécessaire entre le bord antérieur de la branche montante et la deuxième molaire, Desprès conseille d'enlever cette dernière. Mieux vaudrait, suivant Magitot, s'attaquer tout d'abord à la dent de sagesse elle-même et, au cas seulement où il serait impossible de la saisir comme temps préliminaire, on enlèverait la deuxième molaire, et on la réimplanterait une fois l'extraction réussie. En général l'on commence par luxer la dent avec la langue de carpe, puis on la saisit avec un davier. Parfois, quand on n'arrive pas à desserrer les mâchoires par la dilatation progressive à l'aide d'un coin de bois ou d'un instrument spécial, on est conduit à inciser la peau et les parties molles, mettre l'os à nu et saisir la dent ou aller à sa recherche avec la gouge et le maillet dans l'épaisseur du maxillaire.

VII. — ARTHRITES INFECTIEUSES TEMPORO-MAXILLAIRES.

Les lésions de l'articulation temporo-maxillaire consécutives aux diverses infections, lésions que l'on désigne sous le terme général d'arthrites, sont rares et peu connues.

Bonnet (de Lyon), comme les auteurs du *Compendium*, affirment n'avoir jamais rencontré et ne pas connaître d'exemples d'inflamma-

tion aiguë de l'articulation de la mâchoire et dans l'ouvrage de Bouillaud on ne trouve pas une observation d'arthrite rhumatismale vraie. Cependant en parcourant les recueils périodiques on peut, disent Poulet et Bousquet, réunir quelques cas d'arthrite temporo-maxillaire. L'affection sévit principalement chez des sujets rhumatisants et généralement résulte d'une impression brusque du froid. D'autres fois, l'infection blennorragique est en cause, ainsi que Alfred Fournier en a relaté sept exemples, ou bien encore l'arthrite temporo-maxillaire relève de la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale. Enfin il peut s'agir d'une arthrite traumatique à la suite d'une plaie pénétrante ou même d'une contusion articulaire directe ou indirecte, à la suite d'une chute sur le menton.

Quant aux arthrites par propagation d'une inflammation du voisinage on les observe rarement, il est vrai, à la suite des ostéopériostites de la branche montante du maxillaire inférieur, des périostites du conduit auditif externe, enfin des parotidites suppurées.

La douleur est un des premiers symptômes qui attirent l'attention du malade. La souffrance, légère au début, ne tarde pas à augmenter d'intensité, elle se localise alors au niveau de l'articulation en avant du tragus. Le moindre mouvement, le plus léger contact, arrachent des cris au patient ; la mastication devient bientôt impossible. Les douleurs se diffusent dans toute la tête, sur le trajet des nerfs, dans l'intérieur du conduit auditif. Après quelques jours survient un nouveau symptôme qui consiste en une déviation fort légère des maxillaires, mais que le malade croit très considérable ; on constate en même temps la présence d'un gonflement dans les parties molles périphériques. La guérison, terminaison la plus ordinaire de cette variété d'arthrite, demande en général un mois, six semaines. Toutefois la maladie, malgré l'emploi des révulsifs (vésicatoires, pointes de feu, application de teinture d'iode) et la mobilisation hâtive, peut passer à l'état chronique ou se terminer par ankylose (Poulet et Bousquet) (1).

Heydenreich complète ce tableau de l'arthrite aiguë non suppurée, arthrite rhumatismale, en signalant outre sa tendance à devenir bilatérale, la coexistence possible des névralgies dans la tempe et l'oreille (2). La mâchoire inférieure est légèrement abaissée et portée en avant. La bouche un peu entr'ouverte se trouve immobilisée par la contracture des muscles voisins et ne peut s'ouvrir ni se fermer sans de vives souffrances ; d'où une gêne considérable de la phonation et surtout de la mastication. L'arthrite rhumatismale guérit d'ordinaire au bout d'un mois à six semaines.

Lorsque l'arthrite est suppurée, tantôt son aspect clinique est caractéristique parce que la lésion est primitive et que l'attention

(1) POULET et BOUSQUET, Traité de pathologie externe, Paris, 1885.

(2) Traité de chirurgie publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. V.

est d'emblée appelée sur la jointure inflammée, c'est le cas des arthrites infectieuses de la scarlatine et de la rougeole, tantôt au contraire le diagnostic est masqué par les désordres périarticulaires, ainsi dans les arthrites par propagation d'une lésion suppurative du voisinage. Quant au pus articulaire, ou bien il se fraie un chemin vers la peau, ou bien il se vide par le conduit auditif et, après une période plus ou moins longue de suppuration, la guérison survient par ankylose.

La seule indication thérapeutique à relever dans le cas d'arthrite suppurée temporo-maxillaire, c'est l'utilité d'une ouverture prompte de la jointure, l'incision cutanée directe sur le condyle permettra d'évacuer le pus et de désinfecter dans une certaine mesure l'article que, dans certains cas au moins, l'on sera amené à débarrasser de son ménisque articulaire en attendant qu'ultérieurement les désordres indiquent la décapitation du condyle et la constitution d'une néarthrose.

AFFECTIONS PARASITAIRES ET INFECTIEUSES DES MACHOIRES

Comme *affections parasitaires*, il y a lieu de signaler au niveau des mâchoires les désordres causés par la *douve* (*Fasciola hepatica*) et surtout par l'*Actinomyces*, dont les travaux de Poncet (de Lyon) ont signalé la fréquence relative dans notre pays.

Les infections par le *bacille de la tuberculose* et l'*agent de la syphilis* méritent aussi quelques lignes.

DOUVE DES MACHOIRES (1).

A propos des tumeurs ou abcès vermineux causés par la *Fasciola hepatica*, R. Blanchard s'exprime ainsi : « Peut-être faut-il encore rapporter à de jeunes distomes erratiques une curieuse observation publiée récemment par Jabez Hogg, d'après une communication que lui avait faite un médecin de ses amis ? Il s'agit de *vers expulsés par une série d'abcès dentaires*.

« Une servante souffrait depuis quelque temps de maux de dents et de névralgies faciales. L'extraction d'une molaire lui donne un apaisement temporaire ; mais comme, au bout de trois ou quatre mois, les douleurs étaient revenues et que les remèdes n'apportaient aucun soulagement, elle alla voir une bohémienne qui lui conseilla « d'en-

(1) LAVERAN et R. BLANCHARD, Les hématozoaires de l'homme et des animaux (*Biblioth. méd. Charcot-Debove*, 1895). — MONIEZ (R.), Traité de parasitologie animale et végétale appliquée à la médecine. Paris, 1896, p. 110.

fumer le ver avec des graines de jusquiame ». Elle plaça donc les graines sur des braises chaudes et en aspira la fumée : en très peu de temps « six ou huit vers tombèrent de ses dents dans un verre d'eau ». Cela lui procura un soulagement temporaire. La douleur ne tarda pas à revenir et toute médication se montra encore impuissante. Le médecin engagea alors la malade à user en sa présence de la fumigation de graines de jusquiame et bientôt « un petit ver » sortit en frétilant. Le médecin le recueillit et l'envoya à Hogg. L'expérience fut sans doute répétée par la suite avec un égal succès, car Hogg dit avoir reçu en tout cinq spécimens : quatre étaient en mauvais état, mais le cinquième était assez bien conservé.

C'était une « jeune cercaire » longue de près d'un sixième de pouce (4^{mm},23). Sa tête qui est d'une couleur brun jaunâtre pâle, est terminée par un orifice buccal, ayant la nature d'une ventouse contractile. Le tégument hyalin du corps est partout interrompu par une série de marques qui présentent l'apparence de cellules irrégulières, en forme de pavés. L'orifice ventral est situé au tiers inférieur, où se voit une fente considérable ; là aussi se voit la terminaison d'un étroit intestin qui court depuis l'arrière de l'orifice buccal jusqu'en cet endroit, où on le perd de vue. Le tiers inférieur du corps constitue ce que, chez la larve, on décrit sous le nom d'appendice caudal.

Faudrait-il attribuer à des faits analogues la croyance vulgaire de la présence des vers dans les dents malades ?

ACTINOMYCOSE DES MACHOIRES (1).

L'*actinomyose* est une maladie parasitaire provoquée par un champignon l'*Actinomyces* (2).

Étiologie. — Cet agent pathogène pénètre dans les tissus à travers une solution de continuité des téguments et se propage de proche en proche, ne se généralisant par la voie sanguine que très exceptionnellement. Chez l'homme il semble trouver dans la région des mâchoires un siège de prédilection pour son développement, ce qui explique le mode habituel de la contagion. C'est en effet en soignant les animaux et particulièrement les bœufs atteints de tumeurs actinomycosiques suppurées que les cultivateurs s'inoculent la bouche par l'intermédiaire de leurs mains. Autrement ils peuvent puiser le parasite aux mêmes sources que leurs bestiaux, c'est-à-dire s'infecter en mâchant des grains d'orge ou d'avoine, des débris de paille.

Anatomie pathologique et symptomatologie. — La carie dentaire favorise la pénétration du parasite qui tout d'abord s'engage dans l'épaisseur des tissus de la gencive ou tout au moins entre elle et

(1) GUERMONPREZ et BÉCUE, Actinomyose (*Biblioth. méd. Charcot-Debove*). — CHOUX, Étude cliniq. et thérap. de l'actinomyose (*Arch. gén. de méd.*, 1895).
(2) VOY, Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris, 1896, t. 1^{er}, p. 379.