

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<sup>mm</sup>,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<sup>er</sup>, p. 379.

l'os maxillaire. Gangolphe en effet a établi que l'actinomyose des os est toujours secondaire, elle provient de l'envahissement primitif des tissus juxta-osseux, fait qui explique que l'actinomyose des maxillaires chez le bœuf diffère complètement de ce que l'on observe chez l'homme. Chez ce dernier l'*Actinomyces* se localise au voisinage des maxillaires inférieur ou supérieur, parfois s'étend dans la joue, la région postérieure ou le plancher de la bouche ou la profondeur de la gorge, enfin quelquefois il se généralise.

Guermonprez et Bécue décrivant une variété clinique qu'ils qualifient d'*actinomyose buccale et cervicale*, constatent que l'affection débute ordinairement en un point de la mâchoire inférieure, voisin d'une dent cariée ou récemment extraite. Il se produit ainsi, au niveau de la face externe de l'os, et sur une étendue variable, une tuméfaction différant de celle qui accompagne les affections inflammatoires aiguës du maxillaire, par une marche beaucoup plus lente, par une consistance spéciale et comme pâteuse, et aussi par l'absence de sensibilité à la pression et d'engorgement ganglionnaire concomitant. L'induration de la région atteinte constituerait un caractère très particulier. Parfois, sans doute du fait de l'association des microbes vulgaires de la suppuration, la maladie revêt les allures d'une inflammation aiguë. Lorsque l'évolution de la tumeur torpide devient aiguë ou subaiguë, le liquide qui l'imbibe augmente de quantité; de séreux il se transforme en un pus plus ou moins fétide; enfin il tend à se collecter sous forme d'abcès qui s'ouvrent spontanément à l'extérieur ou dans la bouche, rappelant les abcès alvéolo-dentaires ou les adénites tuberculeuses ganglionnaires suppurées.

Le parasite n'en poursuit pas moins sa marche envahissante, il descend le long du sterno-mastoïdien jusqu'à la clavicule, ou bien il remonte vers la base du crâne en suivant la branche montante du maxillaire, ou encore il envahit le plancher de la bouche et l'affection simule une angine de Ludwig. Enfin, à distance, il peut aller infecter les voies aériennes ou digestives, ou par la voie sanguine il atteint les viscères, le foie, les reins, le cerveau.

Autour du foyer primitif il se forme un système de masses conjonctives très denses et comme fibreuses, qui suppurent par places, d'où des parties plus molles, fongueuses, au niveau desquelles le parasite ne se trouve plus emprisonné. La néoplasie se propageant sans relâche, emprisonne les vaisseaux et les nerfs, englobe les groupes musculaires, ce qui en particulier explique la venue précoce du trismus. En s'ouvrant à l'extérieur l'inflammation suppurative élimine bien en partie le parasite, mais en dissociant les tissus, en rompant la barrière fibreuse formée par eux et pour leur défense autour des colonies parasitaires, elle favorise la propagation du mal. Plus tard aussi des *infections mixtes* se surajoutent à l'action irritante du parasite pour déterminer de nouveaux abcès, de nouveaux décollements.

L'aspect de la lésion initiale, formée d'une ou de plusieurs poches indurées ou ramollies, mais isolées encore et distinctes, est alors profondément modifié. Des fusées lointaines, de l'œdème inflammatoire à distance, des fistules multiples, des cicatrices à côté ou au milieu de foyers en pleine activité, des désordres osseux secondaires des séquestres, donnent l'impression d'un tableau clinique complexe, au milieu duquel il serait impossible de se débrouiller, si on n'avait pas pour se guider l'issue des *Actinomyces* par les fistules. (Rochet.)

Débutant plus rarement par la *mâchoire supérieure*, l'actinomyose revêt alors un caractère de gravité extrême. C'est ainsi que, dans un cas de Ponfick, l'extraction d'une dent de la mâchoire supérieure fut suivie de tuméfaction de l'articulation temporo-maxillaire, de trismus précoce, de difficultés de la mastication et de la déglutition, avec productions fistuleuses multiples au niveau de la joue, du front et de la nuque, et enfin de mort au bout de quatorze mois. A l'autopsie, on découvrit des foyers actinomycosiques étendus en avant du rachis, de la quatrième vertèbre dorsale à la base du crâne qui était perforée; une masse fongueuse pénétrait à travers les méninges jusque dans les lobes temporal et pariétal droits du cerveau.

Dans sa thèse (Lyon, 1895) Quenet appelle l'attention sur les deux aspects différents que peut prendre l'actinomyose du maxillaire supérieur. Souvent la maladie se manifeste au début par une *tumeur* petite, profonde, dure, résistante, point de départ du futur abcès mycotique qui lui-même en déterminera d'autres à mesure que l'affection s'étendra: c'est l'aspect le plus habituel. La seconde forme est toute différente: on n'y trouve pas de fistules, pas d'abcès; c'est une *forme nécrosante* signalée par Poncet.

Du côté du maxillaire le foyer parasitaire encapsulé par du tissu fibreux peut-être simplement juxta-osseux, mais fréquemment l'os est dénudé et envahi. Les lésions observées dénotent alors l'absence habituelle de tout travail de réaction de la part des divers éléments de l'os. Le périoste, la moelle, pas plus que le tissu compact, ne se défendent contre le parasite. Du moment où ce dernier a pénétré dans le tissu spongieux, il y végète sans rencontrer cette résistance qui, dans les parties molles, se traduit par le travail d'encapsulation du mal. On ne trouve que très rarement signalées les productions d'ostéophytes et encore s'agit-il alors sans doute d'infection mixte. Les parties osseuses malades subissent une raréfaction progressive; au microscope les espaces médullaires paraissent agrandis, renfermant en grand nombre des cellules embryonnaires, des corpuscules graisseux, des globules sanguins, des éléments cellulaires nombreux plus ou moins dégénérés. Les trabécules osseuses ramollies se laissent quelquefois couper avec les fongosités et sont le siège d'une raréfaction évidente. Au voisinage des lésions, dans les points où la moelle est conservée et seulement congestionnée, on ne trouve aucune trace

d'hyperostose trabéculaire. Il faut attacher une réelle valeur à cette absence de toute trace d'hyperostose; c'est là un caractère que l'on ne trouve pas sur les séquestres de l'ostéite tuberculeuse, et ceci est d'autant plus important à relever que la recherche de la présence de l'*Actinomyces* dans les lésions osseuses et même parfois dans les fongosités adjacentes est souvent négative. De plus, cette absence de production osseuse réactionnelle offre encore l'inconvénient d'exposer le chirurgien à rompre la continuité du maxillaire inférieur lorsqu'il pratique le curettage du foyer morbide. On n'observe que rarement et tardivement des lésions avancées du maxillaire supérieur, en raison sans doute de sa richesse en tissu compact. Les séquestres sont rares, ils se forment quand le périoste est détruit de bonne heure; on ne voit pas de cavités purulentes, mais plutôt une érosion lente, uniforme. L'*Actinomyces* peut perforer les parois du sinus maxillaire, mais rarement il intéresse la voûte palatine.

Au maxillaire supérieur, après la période de début que traduisent les douleurs dentaires avec tuméfaction gingivale, puis la mobilité des dents malades, la tuméfaction gagne peu à peu la face externe de l'os, elle se ramollit, l'abcès s'ouvre dans la bouche et laisse une fistule. L'haleine du malade n'est habituellement pas fétide, mais peut le devenir par infection secondaire. Le pus s'écoule alors en grande abondance, l'on observe les phénomènes locaux et généraux d'une poussée inflammatoire d'allure un peu spéciale, qui peut s'étendre à toute une moitié de la face. Là, se forment de nouveaux abcès, de nouvelles fistules dont certaines se ferment et laissent des cicatrices très apparentes. Les douleurs spontanées, les crises de névralgie faciale, la fièvre, la gêne apportée à la nutrition par le trismus et les désordres buccaux contribuent à altérer l'état général du patient.

Finalement la peau et le tissu cellulaire sous-jacent de la joue, depuis les paupières et la région temporale jusqu'à la région sous-maxillaire et mastoïdienne, sont infiltrés de pus, dont les fusées expliquent le trismus, la raideur de la nuque, la dysphagie, la dyspnée et plus souvent encore l'exorbitisme, les troubles de la vision, enfin les phénomènes cérébraux si variés quand l'*actinomyces* a pénétré dans le crâne.

Le plus souvent, le malade s'éteint dans le marasme après des souffrances terribles. La durée de la maladie est sujette à de grandes variations, et on peut d'ailleurs fixer difficilement le moment précis de l'invasion: toutefois son évolution est particulièrement rapide au niveau de maxillaire supérieur à cause des accidents qu'elle provoque. Quenet, de ses observations, déduit une durée moyenne de treize mois.

**Diagnostic.** — Le *diagnostic* de la maladie doit reposer sur la constatation de l'existence de l'*Actinomyces* au sein des lésions. Ce n'est

pas ici le lieu de décrire les difficultés techniques de cette recherche; le plus souvent, il est vrai, par le simple examen clinique, on relève la présence dans un pus épais, peu abondant, fétide, parfois de couleur chocolat, de *grains jaunes caractéristiques*, comparés tantôt à des grains d'iodoforme, tantôt à des grains de moutarde. On a vu chez certains malades ces grains être de couleur noire.

Le plus fréquemment, au niveau des mâchoires, l'actinomycose a été prise pour une *périostite* consécutive à une affection dentaire; dans le cas particulier, l'erreur n'a qu'un inconvénient très léger (Guermontez et Bécue), puisque les deux maladies sont justiciables du même traitement; avulsion de la dent malade, incision et curage du foyer morbide; la guérison est presque toujours obtenue dans ces cas, même sans diagnostic.

Parfois la lésion actinomycosique affecte une forme destructive, gommeuse, fondante, qui en impose pour une manifestation tardive de la *syphilis*, d'autant mieux qu'elle est favorablement influencée par le traitement ioduré. La recherche du parasite permettra, si elle est positive, d'éviter l'erreur; de plus il est indiqué de tenir compte du début de la syphilis palatine au niveau du palais dans sa partie médiane postérieure, l'arcade dentaire étant respectée.

Dans quelques cas on a posé tout d'abord le diagnostic de *sarcome* non encore ulcéré, mais, d'après Jeandin, l'erreur ne saurait être de longue durée, car les tuméfactions inflammatoires dues à l'*Actinomyces* n'arrivent pas à altérer l'état général du malade comme le font les tumeurs malignes; de plus l'infiltration actinomycosique ne tarde pas à arriver à la peau et à s'étendre dans les parties voisines, en formant des clapiers sous-cutanés, ouverts à l'extérieur par des pertuis étroits et sinueux, dispositions que ne présente pas le sarcome, lequel ulcère la peau par surdistension sans y créer de trajets fistuleux. D'après Poncet (de Lyon), cette multiplicité des fistules, jointe à l'induration et à la tuméfaction des parties malades, caractérise l'affection. Récemment, toutefois, le chirurgien lyonnais est revenu sur les difficultés de ce diagnostic, estimant que, lorsqu'on ne connaissait pas l'actinomycose, on a dû prendre pour des cancers des mâchoires des tumeurs actinomycosiques.

Dans un cas de Rochet, ce fut sous forme d'*abcès multiples*, successifs, en chapelet pour ainsi dire, que l'*Actinomyces* révéla ses désordres. Deux abcès ouverts spontanément et terminés par fistules laissèrent à leur suite un empâtement tout le long de la branche horizontale du maxillaire, une sorte de *phlegmon chronique adhérent à l'os*, qui pouvait en imposer pour une véritable lésion osseuse sous-jacente, et cependant partout l'inflammation était restée parostale. De plus les abcès n'avaient aucun rapport avec le système ganglionnaire péri-maxillaire qui était indemne. Ces abcès, du reste, différaient tout à fait des abcès ganglionnaires avec leurs coques en général très recon-

naissables, leurs parois fongueuses et déchiquetées. Enfin l'aspect extérieur de la tuméfaction inflammatoire, lisse, uniforme, ne rappelait en rien la forme de ces suppurations ganglionnaires chroniques, bosselées ordinairement, avec lobulations séparées par des sillons plus ou moins profonds.

**Pronostic.** — L'on en est revenu du *pronostic* sombre tout d'abord attribué à l'actinomyose, en raison surtout de sa généralisation possible. Pour ce qui est en particulier de sa localisation aux mâchoires, il convient de signaler que l'affection peut guérir spontanément par voie de suppuration et de fistules et que le traitement ioduré et des opérations relativement simples suffisent pour favoriser cette heureuse terminaison.

**Traitement.** — Si le diagnostic est posé alors qu'il existe seulement un foyer circonscrit, il est indiqué de pratiquer une exacte extirpation de la tumeur; de règle, le *traitement* est plus complexe, car la nature du mal n'est reconnue qu'après formation de collections et de fusées purulentes. Dans ces cas, après avoir évacué le pus, on devra, comme s'il s'agissait d'un abcès froid tuberculeux, s'efforcer de modifier tous les tissus malades. A cet effet, avec la curette on grattera les fongosités qui se trouvent dans les anfractuosités et les trajets fistuleux de la région, on ruginera et on gougera l'os malade, puis, par une énergique cautérisation au thermocautère ou encore, si la chose est possible, par le flambage de la plaie à la manière de Félizet, on détruira les dernières colonies du champignon. D'après Kattniz, enfin, l'*Actinomyces* serait très sensible à l'action du nitrate d'argent. Déjà nous avons vu que, par suite de l'absence de toute réaction périostique ou osseuse, il n'existe pas au pourtour des points malades d'épaississement de l'os, aussi est-on exposé, par le curettage du tissu malade, à provoquer une rupture de la table interne du maxillaire inférieur, d'où une pseudarthrose possible ou tout au moins une déformation par chevauchement des fragments, désordres dont il est bon d'être prévenu.

Comme traitement local, Darier, dans un cas d'actinomyose de la face, a obtenu un succès par le traitement électrochimique de Gauthier, c'est-à-dire une injection d'iodure de potassium décomposé par un courant de 50 milliampères d'intensité. Trois séances, à huit jours d'intervalle, suffirent pour amener la guérison.

Tandis que le procédé de Gauthier tue sur place le parasite par l'action antiseptique de l'iode à l'état naissant, l'administration à l'intérieur d'iodure de potassium (de 5 à 10 gr. par jour) arrive au même résultat. Il est toutefois prudent, lorsque les désordres sont étendus, de recourir au traitement chirurgical d'emblée, du moins si, au bout de quinze à vingt jours d'iodure de potassium, l'affection ne marche pas franchement vers la guérison.

## TUBERCULOSE DES MACHOIRES (1).

La *tuberculose des gencives* a longtemps été tenue pour exceptionnelle, Odenthal en citait un cas avec localisation gingivale primitive; de règle, elle était observée chez des sujets atteints de phthisie pulmonaire. Zandy par contre a récemment appelé l'attention sur sa fréquence tout au moins relative; et, d'après cet auteur, la tuberculose des gencives, bien que s'accompagnant chez un certain nombre de sujets d'autres altérations tuberculeuses, principalement dans les poumons, doit être dans d'autres cas considérée comme une lésion tuberculeuse primitive. C'est toujours par les gencives mêmes que débute le processus tuberculeux, les altérations de l'os étant secondaires.

Les symptômes sont constitués par la douleur, vive surtout après le repas, quelquefois par une salivation abondante. A l'examen on observe le plus souvent, dès le début, une tuméfaction douloureuse, saignant facilement; puis plus tard, le déchaussement de la dent et l'ulcération. Dans un seul cas, l'affection débuta par l'apparition de tubercules miliaires sur la gencive. Ultérieurement, l'ulcération s'étend le long de la gencive et pénètre souvent jusqu'aux racines dentaires, d'où la chute des dents. L'affection se propage enfin des gencives à l'os ou à d'autres parties de la cavité buccale.

Le diagnostic est facile, si l'on se reporte aux symptômes et si l'on examine au microscope le produit du grattage de la lésion.

Le pronostic est ordinairement fâcheux, d'une part parce que cette affection se manifeste le plus souvent dans les cas de lésions pulmonaires associées, d'autre part parce qu'elle gêne considérablement l'alimentation du malade.

Comme traitement curatif, on aura recours après grattage à la cautérisation avec l'acide lactique et pour faciliter la prise des aliments avant chaque repas, on pourra anesthésier à la cocaïne les points malades.

Du côté des *maxillaires*, si on laisse de côté les manifestations de la *tuberculose* au niveau de la paroi externe des fosses nasales et à la voûte palatine, l'affection serait rarement observée aux mâchoires, opinion classique contre laquelle à bon droit s'élève Heydenreich. Notre confrère estime en effet que si les suppurations étendues au corps du maxillaire, consécutivement à une périodontite, s'observent surtout chez les sujets scrofuleux, c'est que, dans beaucoup de cas, ces suppurations sont de nature tuberculeuse. La périodontite est alors la cause occasionnelle de la localisation de la tuberculose sur l'un des maxillaires; la lésion primitive est de nature purement in-

(1) RITTER, Tuberculose gingivale (*Congrès intern. de Berlin*, 1890), d'après *Mercredi médical*, p. 548. — STARCK, De la tuberculose du maxillaire inférieur (*Beitrag zur klin. Chir.*, Bd. XVII, 1897.

flammatoire; la lésion diathésique vient se greffer sur elle. C'est là un processus fréquent dans l'évolution générale de la tuberculose.

Heydenreich, de plus, signale que les ostéites suppurées, attribuées à l'éruption des dents de lait, ne se voient guère, de l'aveu des auteurs, que chez les enfants scrofuleux, et, ici encore, il s'agit généralement d'ostéites tuberculeuses, pour lesquelles l'éruption des dents de lait joue simplement le rôle de cause occasionnelle.

Au maxillaire inférieur, les lésions tuberculeuses siègent au niveau de son bord inférieur, particulièrement au menton et surtout à l'un ou l'autre des angles. Tout d'abord l'os et les parties molles sont tuméfiés, la pression réveille des douleurs qui peuvent aussi être spontanées. Après des semaines ou des mois, la tuméfaction disparaît ou au contraire elle s'échauffe, il s'y forme un abcès tuberculeux qui se vide et laisse des fistules ouvertes dans la bouche, à la joue ou à la partie supérieure du cou. Ces fistules conduisent sur un séquestre ou, comme l'a vu Ollier, sur une portion d'os atteinte d'une variété d'ostéite qui ne présente pas plus de tendance vers la nécrose que vers la guérison.

Au maxillaire supérieur, nous signalerons seulement la tuberculose du plancher de l'orbite qui, pas plus que les manifestations nasales et palatines, ne rentre dans notre cadre.

Basé cliniquement sur le jeune âge des sujets, l'existence d'antécédents scrofulo-tuberculeux personnels ou héréditaires, la marche chronique de la maladie, le *diagnostic* parfois peut réclamer le contrôle de l'examen bactériologique. Quant au *pronostic*, il est celui des tuberculoses locales avec cette particularité que la guérison est rare sans intervention chirurgicale.

Tout d'abord, comme *traitement*, en plus de l'hygiène spéciale des tuberculeux, on aura recours aux révulsifs locaux; puis, quand la lésion aura suppuré, de bonne heure il faudra l'ouvrir, par la bouche s'il est possible, dans le but d'éviter une cicatrice, à la peau s'il s'agit d'un garçon et que l'on puisse ainsi gratter plus complètement le foyer tuberculeux et modifier les parties voisines. Il importe en effet d'extirper tous les tissus mous infectés par le bacille, de curetter le tissu osseux atteint d'ostéite, d'enlever les petits séquestres même encore adhérents. Toutefois si la nécrose est étendue, il vaut mieux, à moins d'indications urgentes, n'intervenir que lorsque le séquestre sera devenu mobile.

La *tuberculose de l'articulation temporo-maxillaire* a été étudiée tome III, page 548.

## SYPHILIS DES MACHOIRES (1).

Le *chancre de la gencive* est un des plus rares; généralement unique, il siège au niveau de la sertissure des dents et se présente alors sous deux formes.

Dans la grande majorité des cas, c'est une petite érosion au niveau de la sertissure en demi-lune, érosion sans bords bien marqués et d'une belle couleur carminée; il est naturellement impossible d'en apprécier l'induration de la base. A. Fournier en a cité un exemple remarquable chez une femme mariée depuis cinq semaines et dont le mari était absolument indemne. D'une enquête minutieuse qui fut faite à ce sujet, il résulta que la contamination ne pouvait être due qu'à un dentiste qui, huit jours avant le mariage, avait pratiqué l'obturation d'une dent cariée. Cette cause a d'ailleurs été signalée plusieurs fois déjà pour des chancres de cette catégorie.

Dans la seconde forme, le caractère du chancre est dissimulé par la gingivite ulcéreuse et la périostite alvéolo-dentaire qui l'accompagnent. Les gencives sont boursoufflées, gonflées; la muqueuse baigne dans le pus et ces lésions s'accompagnent de douleurs spontanées plus ou moins vives.

Au *maxillaire supérieur*, la syphilis intéresse surtout les portions nasale et palatine de l'os, aussi les lésions qu'elle y provoque ont-elles été étudiées avec les autres affections du nez par A. Castex (t. V.) et plus loin avec les affections du palais. Nous rappellerons seulement que l'*atrophie du bord alvéolaire*, en tant que désordre de la période préataxique du tabès, dans certains cas peut être rattachée à une infection syphilitique.

En plus, le *maxillaire inférieur* présente comme lésions syphilitiques de la *périostite gommeuse* et des *exostoses*, c'est-à-dire des désordres qui caractérisent la période tertiaire de la maladie.

La périostite gommeuse *circonscrite* siège en général sur les parties latérales du corps du maxillaire inférieur et de préférence au niveau de l'angle. L'on constate sur la joue l'existence d'une tuméfaction arrondie, régulière, dure, et le doigt introduit dans la bouche note l'effacement plus ou moins complet du sillon gingivo-jugal. Du reste, cette tumeur adhérente à l'os, d'ordinaire indolente, ne s'accompagnant pas de douleurs ostéocopes, présente les divers modes d'évolution des gommages syphilitiques: résolution, nécrose ou formation d'une hyperostose, ramollissement. Dans ce dernier cas, la collection puriforme se fait jour tantôt du côté de la peau, tantôt dans la bouche où elle laisse une ulcération sanieuse dont les détritiques sont avalés par le malade.

(1) CHABAUD, Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur, thèse de Paris, 1885. — JULLIEN (L.), Traité pratique des maladies vénériennes, 2<sup>e</sup> édit. Paris, 1890, p. 910. — CH. MAURIAC, Syphilis primitive et Syphilis secondaire, 1890.

*Diffuse*, la *périostite gommeuse* est grave par suite de l'ostéite et de la nécrose étendue du maxillaire qui en est la conséquence; par suite aussi des accidents de septicémie consécutifs à la déglutition de la sanie déversée dans la bouche par les ulcérations buccales qu'elle occasionne.

Le maxillaire inférieur est l'un des sièges de prédilection des *périostoses* ou des *exostoses* syphilitiques, particulièrement sa face externe et le bord inférieur de l'angle. Dans un cas, Desprès y a vu une épine osseuse longue d'un centimètre. De leur côté, Rostan et Fournier ont attribué à la présence d'une exostose dans la région du trou mentonnier la paralysie du nerf mentonnier. Ajoutons enfin que Lannelongue a pu rattacher à une syphilis héréditaire une hyperostose des deux branches montantes du maxillaire inférieur.

Le *diagnostic* des lésions syphilitiques précédentes n'est pas toujours facile. Dans certains cas l'on sera porté, surtout en l'absence d'antécédents bien précis, à taxer l'affection de tuberculeuse, mais alors la recherche du bacille de Koch et le traitement antisiphilitique éclaireront le diagnostic. Chez le malade d'Enrico Betti enfin, le volume énorme de l'os, l'existence d'une ulcération fongueuse, l'état général de cachexie firent prendre pour un ostéosarcome une ostéite syphilitique du maxillaire inférieur.

## LÉSIONS TROPHO-NERVEUSES DES MACHOIRES

Sans infection locale, sans traumatisme appréciable, les mâchoires sont le siège de lésions que l'on attribue à des troubles trophiques d'origine nerveuse. Tantôt il s'agit d'*hypertrophie*, tantôt d'*atrophie* des mâchoires. De ces désordres, il convient de rapprocher l'affection décrite sous le nom d'*arthrite sèche temporo-maxillaire*.

### HYPERTROPHIE DES MACHOIRES.

L'augmentation de volume, l'*hypertrophie* des mâchoires indépendante de la présence d'une tumeur véritable se limite rarement aux seules *gencives*, plus souvent le *bord alvéolaire* ou le *corps* de l'os participent à la lésion et, dans certains cas, l'*hypertrophie* s'étend aux autres os de la face, voire même aux os du crâne.

#### I. — HYPERTROPHIE DES GENCVES.

Il n'est pas rare de constater au voisinage des dents gâtées ou sales un épaissement souvent fongueux des *gencives*; cette lésion ne mérite ici rien plus qu'une simple mention, il s'agit plutôt d'une

gingivite que d'une *hypertrophie* des *gencives*. Sous cette dernière rubrique, les dentistes rangent deux affections très rares, dont l'une est congénitale.

Affection congénitale, quelquefois augmentant rapidement après la naissance, l'*hypertrophie des gencives* s'observe sur toute la longueur du bord gingival, se limitant chez certains sujets à quelques-unes, voire même à une seule des deux faces de la *gencive*. Les dents sont enfouies dans une masse insensible, rosée, ferme, lobulée, qui fait saillie entre les lèvres et s'oppose à l'occlusion de la bouche. Non seulement l'éruption dentaire n'est pas entravée, mais les dents peuvent apparaître hâtivement et acquérir un volume anormal (Salter). Le plus souvent, le bord alvéolaire participe à l'*hypertrophie* qui parfois intéresse seulement les parties molles (Magitot) et s'y traduit surtout par un développement considérable des papilles.

L'*étiologie* est des plus obscures. On a noté toutefois certaines coïncidences: Salter, celle de l'épilepsie; Mac Gillivray, celle de la scrofule; Gross, celle du rachitisme; Canton, celle de l'idiotie. D'autre part et ici il semble y avoir quelque similitude de processus, Salter a vu que chez son malade il y avait tendance à l'*hypertrophie* de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils; dans un cas de J. Murray, il y avait production concomitante de molluscums fibreux. (A. Broca.)

L'excision, la cautérisation répétée des *gencives hypertrophiées*, au besoin la résection partielle du rebord alvéolaire, tel est le *traitement* à mettre en œuvre. Une récurrence serait possible.

Sous le nom d'*hypertrophie transparente des gencives*, Salter décrit un épaissement lent et graduel du bord libre de la *gencive* lequel prend l'aspect d'une couche très nettement distincte des parties saines voisines. Sa coloration est d'un rose pâle, sa demi-transparence attirant l'attention. La *gencive* est insensible, calleuse, saigne peu quand on la divise. A mesure que le mal fait des progrès, cette *hypertrophie* augmente, mais sans changer de caractère, ni perdre ses limites nettement distinctes. Les dents se déchaussent lentement et prennent des situations irrégulières; quand on pratique l'extraction, l'hémorragie est insignifiante, puis la *gencive* guérit lentement.

#### II. — HYPERTROPHIE DU BORD ALVÉOLAIRE.

A côté de l'*hypertrophie du rebord alvéolaire* d'origine congénitale, dont il a été question dans le chapitre précédent, l'on peut rappeler qu'une augmentation de volume de cette portion des maxillaires succède aux inflammations chroniques d'origine dentaire. Il y a *ostéopériostite hypertrophique*, laquelle est tantôt *intra*, tantôt *extra-alvéolaire*.

*Extra-alvéolaire*, l'*hypertrophie* se présente sur l'une des faces