

SEIZIÈME LEÇON

ÉVOLUTION DENTAIRE ET OSTÉOMYÉLITES
DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

- I. — Ostéite aiguë de la mâchoire inférieure avec anesthésie du nerf mentonnier. Dent de six ans en voie d'évolution.
- II. — Parallèle avec les accidents d'éruption de la dent de sagesse. Porte d'entrée de l'infection qui explique ces accidents; la compression intra-osseuse ne peut suffire. Des accidents analogues sont rares, mais possibles, pendant l'évolution de n'importe quelle dent.
- III. — Nécrose grave par éruption et mauvaise direction de la dent de six ans; par inclusion de la dent de douze ans. Diagnostic dans ce dernier cas avec l'ostéosarcome, avec la tuberculose. Accidents analogues pour les molaires de lait. Parallèle entre l'ostéomyélite de la mâchoire et celle des os longs. Les nécroses exanthématiques.
- IV. — Opposition des ostéomyélites de la branche montante à celles du bord alvéolaire; absence d'étiologie dentaire pour les premières. Ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire après une ostéomyélite secondaire non suppurée.

La carie dentaire est la porte d'entrée habituelle des infections qui produisent les ostéites et les nécroses des maxillaires; mais elle n'est pas la seule possible, et des suppurations sérieuses peuvent venir compliquer, sans carie préalable, l'évolution des follicules dentaires, pendant la seconde et même pendant la première dentition. C'est, je crois, un accident de cette nature que vous pouvez étudier aujourd'hui, sur le garçon de six ans que je vous présente.

I

Cet enfant est malade depuis cinq jours : le 15 avril 1899 il a commencé à souffrir en mâchant du côté gauche, et la mastication est vite devenue à peu près impossible; la fièvre s'est allumée, le sommeil a été supprimé par les souffrances, la joue gauche a commencé à enfler.

Aujourd'hui 20 avril, le sujet nous est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau, porteur d'un gonflement de la joue gauche, sans rougeur à la peau. Par la palpation extérieure, nous sentons tout de suite que cette tuméfaction, dure et douloureuse, fait corps avec la face externe de la mâchoire inférieure, et comme, en outre, elle gagne peu vers la région sous-maxillaire, nous sommes en droit de diagnostiquer, sans discussion différentielle, une ostéite de la mâchoire inférieure. Diagnostic d'autant plus assuré, sans examen à l'intérieur de la bouche, que nous constatons une anesthésie de la peau au niveau de la moitié gauche du menton et de la lèvre inférieure : en cette région, une piqûre d'épingle n'est pas sentie, tandis qu'à droite elle l'est parfaitement.

Ce signe, sur lequel, en 1896, Vincent a attiré l'attention dans la *Revue suisse d'odontologie*, vous apprend avec certitude que le nerf dentaire inférieur est comprimé dans son canal osseux par le gonflement inflammatoire des tissus, d'où l'anesthésie que vous remarquez dans les parties innervées par le nerf mentonnier, après son émergence hors de l'os. Cela ne peut avoir lieu que si de la gencive, des alvéoles, l'inflammation a gagné le corps même de l'os, et d'après le trajet, les connexions du canal dentaire, vous concevez que la participation de ce canal aux phénomènes d'ostéite doive être surtout fréquente, comme le dit Vincent, au cours des lésions de la face interne de la moitié postérieure du maxillaire inférieur, qu'elle accompagne plus volontiers les phlegmasies ayant pour origine les deux dernières grosses molaires. Mais les lésions de la face externe provoquées par les autres molaires sont, quoique

moins souvent, capables d'en faire autant. C'est précisément ce qui a lieu ici : l'ostéite n'atteint guère que la face externe, et elle a pour origine la dent de six ans, c'est-à-dire la première grosse molaire définitive. Mais n'anticipons pas.

Donc, avant d'avoir fait ouvrir la bouche, vous pouvez affirmer le diagnostic : ostéite de la mâchoire inférieure. Comme toujours en pareille occurrence, vous devez admettre comme cause une lésion dentaire ; dans le cas actuel, d'après le siège du gonflement près de l'angle de la mâchoire, une lésion au niveau d'une molaire.

L'examen intra-buccal confirme tout de suite la première partie de notre diagnostic, car, en introduisant l'index dans le vestibule, nous sentons le sillon gingivo-génien effacé en arrière par un empâtement phlegmoneux très douloureux à la pression. Il est même certain qu'il y a là du pus collecté. Mais nous sommes plus embarrassés pour déterminer l'origine de cette inflammation. La cause doit, je vous le répète, être dentaire ; mais de ce côté aucune dent n'est cariée ; en outre, autour d'aucune couronne on ne voit sourdre du pus sous la gencive décollée. Faut-il donc renoncer à l'étiologie dentaire ? Je ne le crois pas, car nous trouvons ici autre chose qu'une carie : en regard du point culminant du gonflement, à la partie postérieure du vestibule buccal, la dent de six ans est en voie d'évolution. Elle a commencé à poindre il y a environ un mois, et sa sortie n'est pas encore tout à fait achevée. Il y a là, je le sais, quelque chose d'un peu insolite, car les accidents de l'éruption des dents ont coutume de se manifester pendant le travail qui aboutit à l'issue de la couronne. Mais je vous rappellerai qu'une fois apparue celle-ci, la racine continue à s'accroître de bas en haut, pour la pousser au dehors : en sorte que le travail physiologique de l'éruption continue encore pendant assez longtemps, tant que la nouvelle dent n'est pas de niveau avec ses congénères, ce qui est le cas ici.

Ainsi, je trouve comme cause possible à cette ostéite non pas la banale carie dentaire, mais une dent de six ans qui n'a pas encore achevé son évolution ; étude qui a son importance pratique, car s'il existait une dent cariée il faudrait la faire sauter en même temps qu'on inciserait l'abcès osseux, tandis que dans le cas actuel

il est bien probable qu'aucune extraction dentaire ne va être nécessaire¹.

La lésion en présence de laquelle nous sommes est donc rare, et cette rareté devrait nous faire hésiter dans notre diagnostic, si nous n'avions un point de comparaison dans ce qui se passe assez souvent pendant l'évolution de la dent de sagesse et si nous ne savions pas, comme j'espère vous le démontrer, qu'à la fréquence près, des accidents analogues peuvent compliquer l'éruption de n'importe quelle dent.

Au premier abord, les accidents de la dent de sagesse, avec leur époque d'apparition vers dix-huit ou vingt ans, ne semblent pas ressembler beaucoup à ceux dont peut être le siège la mâchoire d'un enfant. Mais il est bien évident que, à tous les âges et quelle que soit la dent en formation, les phénomènes de l'éruption doivent, dans leur essence, être toujours les mêmes, et que dans tout cela il ne doit y avoir que des questions de degré. Depuis la naissance jusqu'à l'achèvement de la troisième et dernière molaire définitive, les mâchoires sont en travail de dentition ; leur développement, leur accroissement va de pair avec ce travail, et c'est de ce côté que vous devez chercher l'analogie des phénomènes qui se passent dans les os longs au niveau des cartilages conjugaux et servent d'appel à l'infection dans les ostéomyélites de la croissance. Il y a toutefois cette grande différence, qu'ici, dans la plupart des cas, l'infection se fait sur place, et qu'en outre, aux altérations osseuses se joignent des troubles importants du côté des parties molles. Un rapide aperçu des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse va nous permettre de mettre en parallèle avec eux ceux que l'on peut observer pendant l'éruption des autres dents. Des accidents nerveux je ne vous parlerai pas ; les seuls qui m'intéressent en ce moment sont les accidents muqueux et osseux.

1. Au point proéminent du gonflement vestibulaire, c'est-à-dire en arrière de ce vestibule, au niveau de la dent de six ans, mon interne Barbarin a fait, jusqu'à l'os, une incision longitudinale par laquelle s'est écoulé un pus mal lié. La cicatrisation a été rapide sans fistule, et la guérison complète a été vérifiée au mois de juin par mon élève Atcham. Cette fois encore, aucune autre porte d'entrée n'a été constatée.

II

Lorsque la dent de sagesse va sortir, il est tout à fait banal d'observer sur la gencive, à son niveau, les phénomènes de congestion, de rougeur, de douleur et de gonflement légers qui marquent si souvent l'éruption des dents, et qu'on note en particulier aux bords alvéolaires des nourrissons pendant que se fait la première dentition. Mais la plupart du temps, quelquefois avec un peu de névralgie, les choses en restent là, l'infection ne se met pas de la partie. Quand elle s'en met, elle peut laisser la gencive à peu près intacte, mais engendrer, par une lymphangite partie de là, un adéno-phlegmon angulo-maxillaire qui, presque toujours, suppure. Ou bien, au-dessus de la couronne qui pousse, la gencive se décolle, se déchiquète, souvent contuse, broyée par la dent similaire de la mâchoire supérieure; alors elle suppure, s'ulcère. Quelquefois, ne trouvant pas assez de place au bord alvéolaire, entre la deuxième molaire et la branche montante, la dent se dévie en dehors ou en dedans et va ulcérer soit la joue, soit la langue. Autour d'elle, enfin, l'infection peut gagner les parois alvéolaires, d'où des hyperostoses non suppurées, des ostéites suppurées, des nécroses parfois considérables, étendues surtout vers la branche montante.

Pendant longtemps, lorsque l'on ignorait la signification des lésions infectieuses, on a rapporté tous ces accidents à une seule cause locale : la compression intra-osseuse due à ce que, la partie postérieure du maxillaire inférieure étant insuffisante, le follicule de la troisième molaire ne trouve plus où se bien développer, en sorte qu'il pousse de travers et qu'autour de lui l'os s'irrite, s'enflamme, suppure enfin. Dans cette théorie, il y a une part de vérité : le défaut de place explique les déviations diverses de la dent de sagesse et leurs conséquences mécaniques, il nous rend compte des douleurs par lesquelles s'annonce l'éruption laborieuse. Mais nous savons aujourd'hui qu'autre chose doit être invoqué dès qu'intervient la suppuration. Qu'il s'agisse d'un

adéno-phlegmon à distance, d'une ulcération locale, d'une ostéite alvéolaire grave ou bénigne, il nous faut une porte d'entrée et des microbes pyogènes. C'est dans ce sens qu'ont été orientées les recherches pathogéniques modernes, et l'on a trouvé cette porte d'entrée sur la gencive, on a mis en relief surtout le rôle joué par l'*iter dentis* comme voie d'inoculation des germes infectieux¹. Le manque de place, la compression intra-osseuse qui en résulte, l'irritation physiologique exagérée autour d'un follicule gêné dans son évolution sont des causes prédisposantes qui se rencontrent surtout autour de la dent de sagesse à la mâchoire inférieure, mais qui ne sont pas réservées à cette région, pas plus que ne lui sont réservées les effractions gingivales qui servent de porte d'entrée à la suppuration.

Ces effractions ne peuvent très souvent pas être aperçues par le clinicien : nous voyons une gencive rouge, douloureuse, tendue, mais sans solutions de continuité apparentes. Ce qui nous force à admettre qu'elles existent, c'est la fréquence des adéno-phlegmons sous-maxillaires pendant la période d'éruption : à tout instant nous en observons chez les nourrissons qui « mettent » leurs dents de lait, incisives, molaires ou canines, et la seule porte d'entrée possible est au niveau des gencives, distendues par les couronnes qui vont sortir, excoriées par l'enfant qui, pour calmer l'agacement, la souffrance, mordille tout ce qui lui tombe sous la main. Les adéno-phlegmons sont de même fréquents pendant que poussent les molaires définitives, de six ans, de douze ans. Et à cet égard, il ne semble pas que la dent de sagesse soit plus ennuyeuse que les autres dents; je crois même qu'elle est moins souvent que les dents de lait provocatrice d'adéno-phlegmons.

1. Dans un mémoire récent (Congrès international de médecine, 1900, et *Revue de stomatol.*, mai 1900, t. VIII, n° 5, p. 204), P. Ferrier a montré que, sur la gencive distendue par la couronne qui va sortir, se craquèlent très souvent des fissures antéro-postérieures qu'on met en évidence avec un peu d'encre, comme faisaient nos devanciers pour étudier sur le vivant les fissures du crâne. Ces fissures sont fréquentes au-dessus des dents de six ans et de douze ans, que la dent correspondante de la mâchoire opposée soit ou non poussée. Elles s'accompagnent très souvent d'un léger degré d'adénite sous-maxillaire et expliquent, d'après Ferrier, la fréquence des adéno-phlegmons pendant la période d'éruption dentaire sans rien d'apparent à la gencive.

Voilà donc trouvée la porte d'entrée au niveau de la gencive. J'ajouterai que le travail d'éruption crée, dans toute la cavité buccale, un état de réceptivité morbide mis en évidence par un fait pathologique auquel je veux seulement faire allusion aujourd'hui : c'est pendant l'éruption de la dent de six ans et de la dent de sagesse que se constitue une lésion très spéciale, la stomatite ulcéro-membraneuse, dont on a bien vu, depuis une vingtaine d'années, le lien avec le travail de dentition, et cette lésion, dont je vous entretiendrai une autre fois, se produit sans contact d'une couronne poussant mal avec la joue ou avec la langue; elle est due à une infection qui se fait, au voisinage de la dent en travail, à la faveur des troubles nutritifs dus à ce travail.

Prédisposition locale par un travail physiologique, porte d'entrée pour un microbe pyogène, c'est tout ce qu'il nous faut pour comprendre la pathogénie des lésions, pour comprendre aussi qu'en principe, si elles peuvent être plus fréquentes pour la dent de sagesse, elles ne doivent pas être son apanage exclusif. C'est, en effet, ce que nous enseigne la clinique, et je viens de vous montrer un enfant chez lequel la dent de six ans doit être rendue responsable d'accidents légers, mais analogues.

Pourquoi la prédisposition est-elle plus grande pour la dent de sagesse? Le développement de la mâchoire vous l'explique assez bien. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que les dents de lait sont au nombre de vingt, cinq à chaque mâchoire et de chaque côté : deux incisives, une canine, deux molaires. Elles sont destinées à être remplacées par vingt autres dents — incisives, canines, prémolaires bicuspides — qui vont, à très peu de longueur près, occuper la même place qu'elles au bord alvéolaire. La partie antérieure de la parabole maxillaire ne change guère de dimensions à mesure que le sujet avance en âge, mais elle est peu à peu poussée en avant à mesure que, d'abord inclus dans la branche montante, les germes des molaires permanentes — dent de six ans, de douze ans, de sagesse — viennent prendre place au bord alvéolaire en arrière de la molaire qui les a précédés. C'est-à-dire que c'est en arrière, entre la dernière molaire et la branche montante, que se fait le développement en longueur du maxillaire inférieur;

entre la dernière molaire et la tubérosité maxillaire pour la mâchoire supérieure. Mais, dans notre race caucasique, le prognathisme, c'est-à-dire la saillie des mâchoires en avant, est bien moindre que dans les races inférieures. Ce visage droit dont nous sommes si fiers ne va pas sans un petit inconvénient; il en résulte que la longueur des arcades alvéolaires se trouve diminuée, et si les singes inférieurs ont large place pour quatre molaires définitives, si chez les singes supérieurs et les hommes inférieurs trois molaires permanentes poussent à leur aise, chez le blanc orthognathe elles vont se trouver à l'étroit. La première, la deuxième se logent presque toujours bien, mais souvent la troisième ne saura où se mettre, sera déviée, retenue, ou ira ulcérer les parties molles voisines.

Aussi, les accidents d'éruption étant rares pour les dents autres que la dent de sagesse, cette rareté est-elle surtout grande pour ceux qui sont dus à la déviation de la couronne. Parmi les dents de remplacement, la canine est à peu près la seule qui pousse hors du rang régulier : quand le bord alvéolaire antérieur est trop court, c'est elle qui pousse de travers, parce qu'elle vient la dernière et prend, par conséquent, la place qui reste. Parmi les dents définitives que rien n'a précédé, la déviation des premières et deuxièmes molaires est exceptionnelle. Elle est possible, cependant, et je l'ai trouvée dans un cas d'accident grave dû à l'éruption vicieuse de la dent de six ans.

III

Le 26 juillet 1896, je reçus à l'hôpital Trousseau un garçon de six ans qui, depuis le 1^{er} juin, était soigné à la consultation externe pour une plaie fistuleuse de la région sous-maxillaire gauche, et les parents racontaient l'histoire suivante : En 1894, tombant sur une charrue, il s'était fait au cou une déchirure profonde qui avait suppuré pendant un an. Elle était cicatrisée depuis six mois lorsque, dans la même région, survint un gonflement énorme, puis un abcès suivi d'une fistule actuellement persistante. L'en-

fant me fut présenté parce que, depuis le 21 juillet, sans cause connue, des phénomènes inflammatoires s'étaient déclarés autour de la fistule, — sans fièvre il est vrai, et sans douleur, — et vite je reconnus qu'il ne devait y avoir qu'un lien de coïncidence entre l'ancienne plaie et la fistule actuelle, vieille d'environ six mois, car par cette fistule, siégeant à 1 cent. 1/2 en avant de l'angle de la mâchoire, le stylet arrivait directement sur l'os dénudé, et pénétrait contre la face interne du maxillaire, au niveau de la dent de six ans, déviée vers l'intérieur de la bouche. Il y avait, en outre, un diverticule fistuleux qui s'ouvrait à la région sus-hyoïdienne médiane. Aucune dent n'était cariée; en outre, aucun signe local n'indiquait l'existence d'une fracture du maxillaire au moment de l'accident de 1894. Le seul fait anormal était la déviation en dedans de la dent de six ans, déviation tout à fait comparable à celle qu'on rencontre parfois au niveau de la dent de sagesse.

Comme il y avait déjà une cicatrice sous-maxillaire, j'incisai le long du bord inférieur de la mâchoire et j'enlevai par là de petits séquestres; la dent de six ans fut extraite et avec elle le germe encore inclus de la dent de douze ans; je vous expliquerai une autre fois dans quelles conditions l'extraction de germes inclus peut être nécessaire à la guérison complète. La réparation fut lente, et c'est le 17 octobre seulement, soit au bout de trois mois, que l'enfant quitta l'hôpital: la moitié gauche du maxillaire inférieur était un peu hyperostosée, et il restait à la région sous-maxillaire une plaie superficielle en voie de cicatrisation; mais il n'y avait plus de fistule conduisant sur l'os, et la suppuration intra-buccale était depuis longtemps tarie.

L'évolution vicieuse de la dent de six ans est, dans le cas précédent, la seule cause qu'on puisse raisonnablement incriminer; mais je n'ai pas assisté au début du mal, en sorte que la discussion est possible, tandis qu'elle ne l'est pas pour une fillette de huit ans chez laquelle j'ai suivi pas à pas la lésion, due à la dent de douze ans, depuis le 15 avril 1896 jusqu'au 28 mai, date où je l'opérai.

Cette enfant, dont les antécédents héréditaires étaient bons, et qui, à part quelques lésions légères (abcès dans la gorge à trois

ans, gourme à six ans), avait toujours été bien portante, fut prise, en février 1895, d'un gonflement parotidien et sous-maxillaire gauche qu'on attribua aux oreillons. Bientôt, la région massétérine se tuméfia peu à peu, sans douleur et sans fièvre; et la mère vint me consulter le 15 avril 1896 parce que, depuis quelques jours, se manifestaient de légères souffrances.

Je constatai alors, sous une peau d'apparence et de consistance normales, un gonflement important de l'angle de la mâchoire, gagnant un peu vers le corps, et davantage vers la branche montante: immédiatement, je prédis comme cause à cette ostéite une carie de la dent de six ans, ce qui est le cas habituel, et je fus très surpris quand, en faisant ouvrir la bouche, je vis cette dent en place, et parfaitement intacte. J'introduisis alors mon index gauche dans le vestibule buccal, et je sentis, entre lui et la main droite palpant la joue, une hyperostose volumineuse des régions que je viens d'indiquer. La branche montante en arrière de la dent de six ans était élargie, et vers le vestibule buccal j'y trouvai un point douloureux à la pression. La face interne du maxillaire n'était pas hyperostosée; aucune dent n'était cariée.

Pas de carie dentaire, dent de six ans normale, enfant de huit ans chez laquelle le gonflement initial avait débuté plus d'un an auparavant; j'avoue que je ne songeai pas au diagnostic exact. Je me demandai s'il ne s'agissait pas d'un ostéosarcome à marche lente, ou d'une ostéite tuberculeuse; avant de prendre un parti opératoire, — car il est dur de se résoudre à une résection de la moitié du maxillaire inférieur, — je me fis ramener l'enfant une fois par semaine, pour surveiller moi-même l'évolution morbide. Pendant six semaines, je ne constatai aucune augmentation de volume, mais le point douloureux sur la branche montante, en arrière de la dent de six ans, me parut peu à peu plus net, et finalement, le 25 mai, je le jugeai dépressible. L'ostéite, probablement tuberculeuse, devenait bien plus admissible que l'ostéosarcome, et je me décidai à intervenir, ayant pour plan opératoire d'explorer l'os par une large incision du sillon gingivo-génien, et tout étant prêt pour réséquer la mâchoire, au cas où je tomberais sur un néoplasme. Retenez cette hésitation possible entre une

ostéite et un ostéosarcome, et concluez que, souvent, la conduite sage consistera à ne pas désarticuler d'emblée une mâchoire, mais à pratiquer d'abord une incision exploratrice; conseil qui s'applique surtout à certaines hyperostoses autour de la dent de sagesse incluse, mais qui, vous allez le voir, est également de mise pour la dent de douze ans.

Rendez-vous fut pris pour le 28 mai; et lorsque, après anesthésie au chloroforme, j'introduisis l'ouvre-bouche, le diagnostic d'ostéite devint immédiatement évident: dans le vestibule buccal je trouvai du pus, et au point jusqu'alors douloureux à la pression venait de se perforer une fistulette par laquelle le stylet arriva sur l'os dénudé.

Je débridai largement cet orifice et dénudai à la rugine la face externe de la mâchoire. De là, je ramenai un volumineux séquestre, allant de la dent de six ans à la branche montante; ce séquestre, brisé en deux, portait à sa face interne la marque évidente d'un alvéole, et en dedans de lui, devant la racine de la branche montante, je buttai en effet contre un corps très dur; la couronne de la dent de douze ans, que je luxai vite à la curette. Cela fait, je ramenai en dedans et au-dessous de cette couronne un autre séquestre qui, avec le précédent, complétait l'alvéole. La cavité séquestrale, formée d'os nouveau sous-périostique, fut tamponnée à la gaze iodoformée, et la guérison fut complète au bout d'un mois. Depuis, j'ai revu la fillette à maintes reprises; la guérison s'est fort bien maintenue et les trois autres dents de douze ans sont sorties sans accident.

Ce qui précède peut s'appliquer aux autres dents, même aux dents de lait, et je puis vous citer quatre cas où il s'agit des petites molaires de lait, un dernier où les incisives sont en cause, mais où intervient un nouveau facteur étiologique, une fièvre éruptive, la variole.

L'éruption dentaire est seule en jeu chez un garçon de deux ans et demi pour lequel je fus consulté le 1^{er} juin 1898, quatre mois après le début d'une tuméfaction de la joue gauche, nous dit le père, alors que du pus était rendu par la bouche depuis un mois. Je vis un enfant craintif, se laissant mal approcher, porteur d'un

gonflement énorme et très douloureux à la pression de tout le côté gauche de la mâchoire. En appuyant, je fis sourdre en abondance du pus fétide autour de la deuxième petite molaire, non cariée, ainsi d'ailleurs que les autres dents du bord alvéolaire. Après chloroformisation, j'introduisis une curette dans la cavité purulente, contre la face externe de la 2^e molaire, et j'amenai au dehors un gros séquestre, plusieurs petits et une couronne de prémolaire. La guérison fut rapide; le 1^{er} mai 1899, mon élève Atcham a pu constater que la cicatrisation était solide, sans fistule, avec seulement un peu d'hyperostose du corps de la mâchoire à gauche. La santé générale était parfaite.

Ces renseignements à longue échéance ont quelque importance, car, si certains auteurs signalent l'ostéite suppurée comme complication possible de l'éruption des dents de lait, d'autres, comme Heydenreich, restent sceptiques, et se demandent si ces lésions ne sont pas plutôt tuberculeuses. L'histoire précédente est tout à fait contraire à cette hypothèse, que je contesterai moins nettement dans ma deuxième observation, quoique je n'y croie pas, pour ma part, d'après l'ensemble des lésions.

Une fillette de dix-huit mois, ayant eu à onze mois la rougeole, suivie d'un abcès de l'aine gauche, commença à l'âge de quinze mois à souffrir d'une grosseur à la joue droite, à pleurer, à ne se nourrir qu'avec peine. Après deux mois de cataplasmes et de pommades, la mère se décida à apporter l'enfant à l'hôpital, où on lui ouvrit un abcès à la région sus-hyoïdienne médiane; en même temps on lui enleva la première petite molaire droite, parce qu'autour d'elle la pression faisait sourdre du pus. L'incision cutanée se cicatrisa, mais la joue resta volumineuse, avec une tumeur douloureuse à la pression, faisant corps avec la mâchoire, et d'où la pression faisait sortir du pus autour de la 2^e molaire non cariée. Après extraction d'un gros séquestre, qui fut abordé par voie cutanée, l'abcès ayant été ouvert, l'amélioration fut vite considérable, mais la mère en profita pour envoyer l'enfant à la campagne et nous l'avons perdue de vue, en sorte que je ne sais si la guérison totale a été rapide, complète et durable. La coexistence d'un abcès froid au niveau du bord postéro-supérieur de l'os