

iliaque droit nous force à faire quelques réserves sur la possibilité, ici aussi, d'une lésion tuberculeuse; mais sans cela, vous voyez que cette observation est à peu près calquée sur la précédente.

Une autre fois, j'ai dû enlever un séquestre en connexion avec les couronnes encore incluses de l'incisive latérale et de la première molaire temporaires droites, et le fait est remarquable par le jeune âge du sujet, un garçon de neuf mois et demi, chez lequel la douleur et le gonflement de la joue droite avaient commencé dès l'âge de six semaines. L'état général devint médiocre, l'enfant s'alimentant et dormant mal, jusqu'au jour où un médecin ouvrit dans le sillon gingivo-génien un abcès qui suppura d'abord beaucoup, puis peu. Les douleurs cessèrent, l'état général devint bon, mais la suppuration continua, en sorte que la mère, inquiète, vint à l'hôpital le 14 février 1894. Il existait encore, à cette époque, un gonflement notable, douloureux à la pression, de la joue droite au niveau du corps de la mâchoire inférieure. Aucune dent n'émergeait au bord alvéolaire, mais, à la région correspondant au siège futur des premières molaires, s'ouvrait un orifice fistuleux, au bord duquel le stylet touchait un séquestre; en débridant la fistule à ce niveau, je pus extraire trois séquestres mobiles et la couronne incluse de la première molaire temporaire. Le 7 mars, le gonflement avait beaucoup diminué: un petit séquestre qui pointait dans la fistule fut enlevé. Mais il persista de la suppuration jusqu'au 21 mars, date à laquelle, en curettant la cavité, je fis sortir la couronne encore incluse de l'incisive latérale temporaire; après quoi la cicatrisation fut rapide.

Y a-t-il eu infection simultanée de deux germes, ou un seul fut-il pris d'abord, avec participation secondaire du voisin? Et dans ce dernier cas, laquelle des dents a été le siège initial du mal? Ces deux questions doivent rester sans réponse, quoique le gros du foyer m'ait paru être surtout en rapport avec la molaire. Mais c'est un point d'intérêt accessoire; le fait important est cette nécrose dentaire du bord alvéolaire chez un nourrisson qui non seulement n'avait aucune carie, mais même n'avait jamais eu une dent au dehors; chez lequel, en outre, les troubles de l'éruption dentaire ont été bien précoces, puisqu'à six semaines déjà le

mal avait commencé et qu'à cet âge on a coutume de n'observer au bord alvéolaire et à la gencive aucun des phénomènes congestifs et inflammatoires préalables à la dentition. Ce n'est pas un argument suffisant pour nous faire admettre que la porte d'entrée de l'infection n'a pas siégé à la gencive, c'est-à-dire directement sur l'os malade, et que dès lors il y a peut-être eu une infection généralisée d'abord, et localisée autour des follicules dentaires, appelée par des phénomènes physiologiques de l'éruption. En effet, tout à l'heure, je vous ai parlé d'une fille de huit ans chez laquelle, sans aucune infection antérieure appréciable, le follicule de la dent de douze ans s'est entouré de nécrose dès l'âge de sept ans; les époques fixées à l'éruption dentaire et à ses préparatifs n'ont jamais été que des chiffres moyens, susceptibles d'écarts considérables en plus ou en moins. Et même chez ce nourrisson, le processus le plus simple, donc le plus probable, paraît être l'infection directe du rebord alvéolaire par voie gingivale.

Car si j'ai établi devant vous, il y a un instant, un parallèle entre les follicules dentaires des mâchoires et le bulbe conjugal des os longs, si j'ai par conséquent comparé les ostéites dont je viens de vous entretenir à l'ostéomyélite de la croissance, il y a entre les deux une différence étiologique notable: dans les autres os, l'infection est très rarement directe, presque toujours elle est hémotogène; tandis que dans les mâchoires, vous venez de le voir, elle est presque toujours directe, gingivale, tout comme lorsqu'une carie dentaire lui sert de porte d'entrée; mais ce n'est pas une différence fondamentale, c'est seulement affaire de fréquence relative entre deux catégories étiologiques, car ici, de temps à autre, l'infection générale semble avoir été la première en date et s'être localisée sur les follicules en voie d'évolution. C'est ainsi peut-être qu'il faut interpréter, en partie au moins, les nécroses exanthématiques décrites par Salter au bord alvéolaire.

Salter appelle ainsi les nécroses des mâchoires survenant après la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la variole. Or, il est à remarquer que le rôle de l'évolution dentaire est ici démontré, comme le dit Guyon, par le jeune âge presque constant des sujets atteints. Et tandis que Salter localise les phénomènes autour des

molaires de lait, Jarre soutient que la lésion, souvent symétrique, doit être attribuée au follicule de la dent de six ans. En tout cas, le rôle des dents est prouvé par ce fait que les nécroses, comme le dit Salter, sont exclusivement alvéolaires, ne prennent pas le bord intérieur de l'os.

Ces nécroses exanthématiques ne sont pas fréquentes. Je n'en ai recueilli qu'un exemple sur un garçon de deux ans, chez lequel les accidents, consécutifs à la variole, avaient un an de date; à cette époque on avait ouvert, près de la ligne médiane à gauche, un abcès gingival d'où on avait retiré deux dents encore incluses : l'incisive latérale et la canine, sans doute, car lorsque je vis l'enfant le 6 mars 1896, il n'y avait aucune dent entre l'incisive médiane et la première molaire en voie d'éruption. Dans l'espace vide s'ouvrait une fistule suppurante au-dessous de laquelle l'os était épaissi par une hyperostose gagnant vers le menton. J'incisai la gencive, et dans la cavité je trouvai des séquestres; en les enlevant, je mis à nu les germes de l'incisive latérale et de la canine permanente, que j'enlevai aussi. La guérison fut rapide. Cette observation est la seule sur laquelle j'aie gardé des détails précis. J'ai souvenir d'une jeune fille de vingt et un ans, chez laquelle j'ai évidé, pour ostéite raréfiante avec petits séquestres, l'alvéole de la canine resté fistuleux depuis une scarlatine contractée dans la première enfance, et il est à noter que la dent permanente, détruite sans doute par l'infection première, n'avait jamais fait issue au dehors. Car ces germes définitifs qu'a entourés la suppuration, avec plus ou moins de nécrose, ne sont pas, quoi qu'on en ait dit, destinés à évoluer complètement. Si la dent est encore molle, ils avortent; si la couronne est constituée, elle entretient une suppuration prolongée jusqu'à ce qu'elle soit éliminée ou extraite avec les séquestres. Il y a là, pour le maxillaire inférieur, un facteur très spécial d'ostéomyélite prolongée du bord alvéolaire, et à plusieurs reprises, par les observations que j'ai résumées dans cet entretien, vous avez appris qu'il a fallu, pour obtenir la guérison, enlever des germes inclus, temporaires ou permanents, voisins de celui qui avait allumé l'incendie. Cela fut particulièrement net pour la nécrose consécutive à la variole. Je n'insiste pas davantage sur ce fait, dont je

vous montrerai un autre jour toute l'importance pour les nécroses consécutives à la carie dentaire. Je n'ai en vue, aujourd'hui, que le rôle primordial de l'évolution dentaire dans l'étiologie de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur.

Ce rôle est fort important à étudier pour le pathologiste; il est non moins utile à connaître pour le praticien, car il lui fait comprendre pourquoi le processus nécrosant est presque toujours limité au bord alvéolaire, en sorte que, si on intervient à temps, on peut enlever tout l'os malade exclusivement par une incision du vestibule buccal, sans rien faire du côté de la peau. Cette limitation à la partie dentaire de la mâchoire vous rend compte aussi de la bénignité relative des accidents : les malades dont je vous ai parlé jusqu'ici ont guéri vite et bien, après extraction de séquestres qui s'étaient limités d'eux-mêmes sans trop d'accidents graves locaux ou généraux; mais ne croyez pas que cette bénignité soit constante, et je puis vous citer un cas de mort.

Il concerne un garçon de quinze mois qui entra à l'hôpital Trousseau le 7 juin 1877, et qui avait commencé à être malade cinq mois auparavant, au moment où les dents commençaient à pousser. Alors, sans grandes douleurs, la joue droite gonfla, puis il se forma un abcès qui, le 3 mai, fut incisé. L'état continuant à s'aggraver, on m'adressa le malade : par la fistule cutanée, située sur le maxillaire inférieur à droite, le stylet arrivait sur l'os dénudé; le sillon gingivo-labial était effacé; comme dents, il n'y avait au bord alvéolaire de ce côté que les incisives et la canine, mais pas de molaires. Le 27 mai, comme le foyer se vidait mal, par une incision gingivale j'entrai dans une caverne osseuse grosse comme un œuf de pigeon, contenant des séquestres et la couronne incluse de la première molaire de lait. Mais la cavité n'eut pas tendance à se combler; le 7 juin, j'ouvris à la région malaire droite un abcès chaud, à pus bien lié, au fond duquel fut évidé l'os malaire dénudé; puis, à partir du 7 juillet, évolua, à gauche du maxillaire inférieur, une ostéomyélite semblable à celle du côté droit; l'état général devint de plus en plus mauvais, la diarrhée survint, et l'enfant succomba le 17 juillet.

J'en ai fini avec ce que je voulais vous dire sur les ostéomyé-

lites alvéolaires du maxillaire inférieur provoquées par l'éruption dentaire, en dehors de l'évolution de la dent de sagesse. A la fois comme pathogénie — l'infection étant hémotogène — et comme thérapeutique, — l'incision cutanée étant indispensable, — on peut leur opposer les ostéomyélites, beaucoup plus rares, du bord inférieur ou de la branche montante et du condyle, c'est-à-dire de la partie extra-buccale, et non dentaire, du maxillaire.

IV

Cette ostéomyélite peut être un foyer secondaire au cours d'une autre ostéomyélite infectieuse : outre un cas par lequel je terminerai cette leçon, j'en ai observé un exemple chez une fille de treize jours qui succomba après avoir présenté des abcès osseux multiples, dont un au-dessous du maxillaire inférieur dénudé. Dans d'autres cas qui, au point de vue du diagnostic, nous intéressent davantage, la lésion est primitive, et je l'ai observée deux fois au niveau de la branche montante.

La première fois, ce fut le 16 novembre 1893, sur un garçon de quatorze mois qui, environ un mois auparavant, n'avait plus voulu téter ni boire pendant quelques jours et avait crié toutes les fois qu'on lui avait ouvert la bouche. Depuis trois semaines avait débuté, à la partie inférieure de la tempe, une tumeur qui s'était accrue surtout depuis huit jours, et qui, lors de mon examen, occupait toute la moitié gauche de la face, au niveau du maxillaire inférieur et de la région massétéro-parotidienne. La douleur à la pression était très nette, mais il n'y avait ni douleur ni fluctuation. La cause des accidents était-elle dans l'évolution dentaire? C'était possible, car les dents étaient en retard : quatre seulement étaient poussées, — la première étant sortie à neuf mois et demi, — et leur éruption avait été douloureuse. Mais rien n'était anormal dans le vestibule buccal, et on ne pouvait songer à une ostéite alvéolaire. Comme il y avait, au-dessous du gonflement, un petit ganglion parotidien inférieur engorgé, je soupçonnai un adéno-phlegmon parotidien profond, et, comme on ne sentait

aucune fluctuation, je fis revenir l'enfant tous les matins à l'hôpital, pour être prêt à opérer à la première indication nette.

Le 19 novembre, je sentis de la fluctuation profonde en avant du masséter : je fis donc une incision verticale, et j'entrai dans un abcès au fond duquel je sentis l'os dénudé, rugueux ; le col du condyle était spontanément fracturé. Après évidemment à la curette, pour enlever les parties nécrosées, je passai un drain allant de ma première incision à une contre-ouverture horizontale le long du bord inférieur de la mâchoire. La guérison fut complète le 21 décembre.

Ce qui m'a le plus frappé dans ce cas, c'est la désorganisation profonde de l'os, du condyle en particulier, dont le col était fracturé, alors que les symptômes fonctionnels d'arthrite temporo-maxillaire étaient fort légers. Sans doute, un mois auparavant, il y avait eu, pendant quelques jours, une période douloureuse très nette, où les tentatives pour ouvrir la bouche avaient arraché des cris à l'enfant. Mais cela avait cessé, et, depuis trois semaines, l'alimentation se faisait assez bien. Ce souvenir m'a conduit au diagnostic exact dans un autre cas, chez une fille de dix-huit jours, que je vis le 24 mars 1894.

L'étiologie, dans ce cas, est intéressante, car la mère, accouchée le 6 mars, dans une clinique, avait présenté des accidents puerpéraux assez vite guéris, mais incontestables. Elle avait donné le sein pendant le premier jour, puis l'enfant fut confiée à une nourrice, et enfin rendue, le 18 mars, à sa mère qui recommença à l'allaiter. Vous saisissez donc ici le lien entre l'ostéomyélite du nouveau-né et la fièvre puerpérale de la mère. C'est en raison de ce lien que — quel que soit l'os atteint — l'ostéomyélite à streptocoques acquiert chez l'enfant en bas âge une fréquence plus tard insolite : je ne puis que vous renvoyer, sur ce sujet, à l'intéressant mémoire où mon élève et ami Braquehayé a étudié, d'après mes observations, l'ostéomyélite des enfants au-dessous de deux ans. Et, pour vous le dire par anticipation, dans le pus qu'il a bien voulu examiner lorsque j'ai opéré la fillette dont je vous parle en ce moment, M. Ghika a trouvé, en effet, le seul streptocoque.

Le 22 mars, la mère s'aperçut qu'une grosseur soulevait la joue droite; le lendemain elle avait augmenté, et le 24, à la consultation, je trouvai dans la région massétéline droite une tuméfaction arrondie, peu douloureuse, manifestement fluctuante, irréductible. La peau était de coloration normale; un léger gonflement s'étendait de l'angle de la mâchoire à l'arcade zygomatique, empiétait sur la fosse temporale et gagnait les paupières. Il y avait là sûrement du pus, et je fis apporter l'enfant le lendemain matin pour l'opérer.

Je constatai alors un fait nouveau: par le conduit auditif s'écoulaient du pus séreux, dont l'écoulement augmentait si on appuyait sur la région massétéline, siège d'une douleur assez vive à la pression. Cette ouverture dans l'oreille, d'un abcès voisin, parotidien, n'est pas très rare chez le nourrisson; même pour un simple adéno-phlegmon parotidien, et elle s'explique par le développement du conduit auditif osseux, à la face inférieure duquel existe pendant plusieurs mois une perforation non ossifiée.

M. Lannelongue vit l'enfant à ce moment et, constatant que l'articulation temporo-maxillaire n'était pas douloureuse à la pression, que par les mouvements communiqués on n'y sentait aucun craquement, qu'elle était fort mobile et que les tétées s'étaient toujours effectuées normalement, il conclut que l'ostéomyélite atteignait non pas le maxillaire inférieur, mais le temporal. De mon côté, je tenais pour l'ostéomyélite de la branche montante, parce que la collection fluctuante aujourd'hui ouverte dans l'oreille, occupait nettement la région massétéline et non point la fosse temporale, comme je l'avais vu dans un cas d'ostéomyélite de l'écaïlle temporale au-dessus de l'oreille; parce que l'intégrité apparente de la temporo-maxillaire m'avait déjà une fois induit en erreur.

En tout état de cause, d'ailleurs, il fallait opérer: une incision transversale sur la partie moyenne de la branche montante pénétra dans l'abcès: la face externe de la branche montante et le condyle étaient dénudés. J'enlevai donc à la curette de petits séquestres, — déjà spontanément libérés avec une rapidité remarquable, — et je tamponnai à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples et pendant la première

semaine la réparation marcha avec une grande vitesse. Au bout de huit jours il ne restait plus qu'un léger trajet fistuleux et l'enfant, considérée comme guérie, ne fut plus rapportée au pansement par sa mère.

Rapidité de séquestration, rapidité de guérison locale quand les phénomènes septiques généraux ne sont pas vite mortels, ces caractères sont d'une manière générale ceux de l'ostéomyélite des enfants en bas âge. Ici, ils ont été particulièrement accentués, et vous venez de constater que la réparation de l'os, malgré la gravité des lésions, a été complète en un mois chez l'enfant précédent: la différence est grande avec la prolongation de l'ostéite alvéolaire tant qu'on n'a pas enlevé, avec les séquestres, les germes dentaires voisins. Mais ce qui rend sérieuse pour l'avenir l'ostéomyélite de la branche montante, c'est la participation du condyle, et par conséquent de l'articulation temporo-maxillaire. Après guérison opératoire, j'ai perdu de vue mes deux malades, et je le regrette, car il eût été fort important de savoir comment, après séquestration du condyle, la jointure s'est reformée, comment elle fonctionne, si l'ankylose ne s'y est point mise.

Car l'ankylose est une conséquence possible des ostéomyélites de la branche montante et du condyle. J'ai opéré, par exemple, le 9 septembre 1897, une jeune fille de vingt et un ans, atteinte d'ankylose temporo-maxillaire droite, d'où constriction complète et impossibilité d'avaler autre chose que des liquides. On pouvait hésiter, comme cause, entre l'action de rhumatisme — dont la malade, depuis l'âge de huit ans, a eu plusieurs attaques — et celle de l'ostéomyélite, la douleur ayant commencé à la mâchoire peu de temps après une ostéomyélite du fémur, terminée par suppuration. La lésion maxillaire n'a pas suppuré, et l'ankylose s'est établie peu à peu; mais la branche montante était manifestement hyperostosée, signe caractéristique de l'ostéomyélite. Et nous savons que cette lésion peut fort bien se produire sans suppuration. En tout cas, il fallait rendre du jeu à la mâchoire ankylosée: je fis donc sur l'arcade zygomatique une incision de 4 centimètres; le condyle était complètement soudé à l'arcade zygomatique, et une légère dépression linéaire marquait seule la place de l'ancien

interligne. Je réséquai largement le col et le condyle au ciseau et au maillet, et tout de suite je pus mobiliser la mâchoire, l'ouvrir de 30 à 35°. La réunion immédiate fut obtenue, et la malade quitta l'hôpital en cet état.

Mais vous concevez que si une semblable ankylose — dont la gravité fonctionnelle saute aux yeux — peut se produire après une poussée d'ostéomyélite secondaire hyperostosante, non suppurée, il faut s'en méfier bien plus encore après les suppurations ayant envahi la jointure, comme c'était le cas chez les deux enfants en bas âge que j'ai soignés. L'ablation large de l'os nécrosé est sans doute une bonne condition puisque, sous l'influence de la mobilisation constante à laquelle l'articulation est forcément soumise il se reconstitue une néarthrose; mais je regrette de n'avoir pu suivre ces malades, intéressants à ce point de vue.

Je m'arrête ici, car j'ai voulu m'occuper dans cette leçon des seules ostéomyélites par évolution dentaire sans carie pénétrante causale. Une autre fois je vous parlerai des ostéites par carie pénétrante et je tâcherai de vous faire comprendre comment et pourquoi elles revêtent chez l'enfant une fréquence des allures, une gravité spéciales, en raison précisément des follicules dentaires encore inclus dans la mâchoire. Peu importe, en effet, que l'infection de ces follicules se fasse par la gencive éraillée ou par une carie dentaire voisine, ou après avulsion septique d'une dent: une fois qu'elle est réalisée, ses conséquences sont les mêmes, et c'est pour cela que la banale ostéite par carie dentaire ressemble de très près, chez l'enfant, au tableau que je viens d'esquisser.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

NECROSES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PAR CARIE DENTAIRE

- I. — Ostéite aiguë légère par carie de la dent de six ans; diagnostic avec un accident d'éruption de la dent de douze ans. Observation d'un cas où la lésion est plus avancée avec petit séquestre. Indication d'extraire la dent en même temps qu'on ouvre l'abcès.
- II. — Prolongation possible de l'ostéite quand l'infection s'est propagée autour de germes encore en évolution. Rapports des séquestres avec ces germes inclus. Nécessité de sacrifier ces germes pour obtenir la cicatrisation.
- III. — Cas graves où le séquestre peut interrompre la continuité du maxillaire.
- IV. — Les extirpations de séquestres par ostéite d'origine dentaire doivent se faire par voie buccale.

Trop souvent on entend dire dans le monde, et quelquefois les médecins faisant chorus, que chez l'enfant la carie dentaire ne doit pas être prise en très sérieuse considération. On le dit surtout pour les dents de lait, dont la perte n'a pas d'importance puisqu'elles seront remplacées. Or, la carie dentaire pénétrante est la cause habituelle des nécroses qui, plus souvent encore que chez l'adulte, frappent les mâchoires et surtout la mâchoire inférieure. Le hasard ayant réuni dans nos salles plusieurs malades ainsi atteints, je crois devoir en profiter pour vous décrire le mal à ses diverses étapes, pour vous apprendre à l'enrayer, pour vous faire comprendre l'intérêt que vous avez à savoir l'éviter. Je passerai sous silence les vulgaires périostites alvéolo-dentaires et ne vous