

traire les deux incisives gauches, car la centrale, quoique non cariée, était ébranlée au point d'être impossible à conserver, et tout de suite je fis des réserves sur l'efficacité définitive de cette petite opération, car l'ostéite me paraissait bien intense pour qu'il n'y eût pas nécrose, présente ou future, et pour que les germes permanents ne fussent pas compromis. De plus, il fallait certainement inciser la région sous-mentale sur la ligne médiane, car le gonflement phlegmoneux du menton s'y étendait.

De cette opération résulta une amélioration temporaire, mais l'œdème ne tomba pas entièrement, le menton resta rouge et proéminent, la suppuration continua, il y eut de la fièvre vespé-

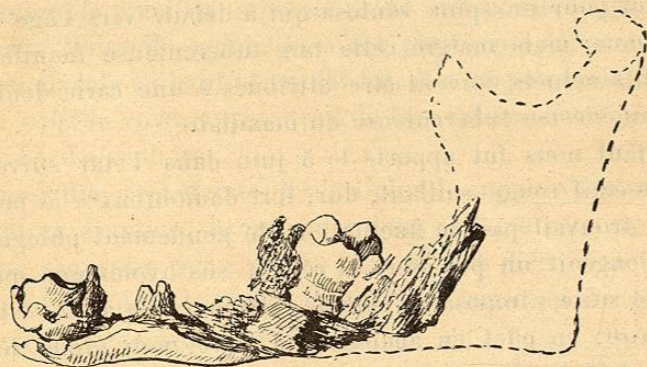


FIG. 70. — Garçon de six ans. — Carie des molaires temporaires. Séquestre englobant les germes de la dent de six ans et de la 1^{re} prémolaire.

rale entre 38° et 38°5, en sorte que j'admis l'enfant, le 10 juin, à la salle Dolbeau, pour le surveiller de plus près. Là, sous l'influence de pansements humides, l'amélioration fut grande, si bien que le 16 juin la mère reprenait son enfant. Mais deux jours plus tard elle sollicitait de nouveau l'admission, et cette fois je trouvai à la région sous-mentale, en arrière du drain, un abcès nettement collecté.

Je l'ouvris le 19, et tout de suite je vérifiai, par l'incision gingivale ancienne, où en était le maxillaire inférieur : sur la face antérieure de cet os, dont la table postérieure était conservée, je trouvai deux séquestres gros comme des pois chiches, et avec

eux je ramenai dans la curette la couronne des deux incisives permanentes. Il est de toute évidence qu'il fallait enlever ces séquestres, et, d'autre part, leur extraction était impossible sans celle des couronnes dentaires qu'ils entouraient.

C'est la première fois qu'à la mâchoire inférieure je trouve des lésions semblables, aussi étendues, au niveau du menton, à la suite d'une carie d'incisive; en cette région, la gravité a coutume d'être beaucoup moindre. Mais ces séquestres étendus, englobant les germes inclus, sont monnaie courante après carie pénétrante des molaires, et vous en trouverez de nombreux exemples dans les thèses de mes élèves Atcham et Delucq, dans un petit

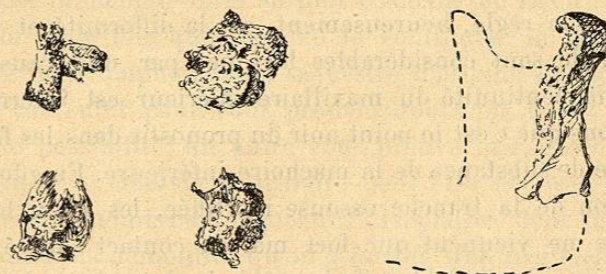


FIG. 71. — Carie de la dent de six ans. Séquestres alvéolaires de la branche montante et du condyle.

mémoire que j'ai publié, en 1896, dans les *Archives de stomatologie*. Par carie des molaires temporaires, la propagation de la nécrose tend plutôt à se faire en arrière, vers la dent de six ans, que directement vers les futures prémolaires. De même pour les dents de six ans, de douze ans, c'est en arrière, vers la molaire suivante, vers la branche montante de la mâchoire, par conséquent, que se produit le plus volontiers l'extension de la nécrose. De là, quelquefois, des séquestres considérables, des gouttières alvéolaires prenant deux, trois germes permanents (fig. 70); des mortifications gagnant très loin dans la branche montante, et même, à la suite d'une carie de la deuxième molaire temporaire, avec participation du germe de la dent de six ans; j'ai extrait un jour un séquestre mobile, au bout duquel était le condyle de l'articulation temporo-maxillaire (fig 71). Il est à noter que, dans ce der-

nier cas, c'est seulement pendant les trois derniers jours que, de ce côté, la réaction inflammatoire fut notable, et encore n'y eut-il jamais une grande gêne de l'articulation temporo-maxillaire.

III

Dans tous les cas auxquels je viens de faire allusion, la guérison fut rapide, avec bon résultat fonctionnel, parce que la nécrose avait respecté, au-dessous de la gouttière alvéolaire permanente, le bord inférieur du maxillaire : il tombe plus ou moins de dents, mais la continuité du corps de la mâchoire reste parfaite. C'est la règle, heureusement, car la difformité et la gêne fonctionnelle sont considérables lorsque, par une cause quelconque, la continuité du maxillaire inférieur est interrompue; nous savons que c'est le point noir du pronostic dans les fractures avec perte de substance de la mâchoire inférieure. En effet, après élimination de la tranche osseuse mortifiée, les deux bouts du maxillaire ne viennent que fort mal en contact : attiré par les ptérygoidiens, le petit bout de la mâchoire bascule en haut et en dedans; le grand bout tourne autour de la temporo-maxillaire correspondante et vient pointer en dedans, en sorte que les arcades dentaires supérieure et inférieure ne se correspondent plus; en sorte qu'en outre, au lieu de se passer dans les deux temporo-maxillaires, les mouvements d'élévation et d'abaissement se passent dans une de ces jointures et dans la pseudarthrose, qui, plus ou moins près de l'angle, interrompt du côté opposé la continuité du levier osseux. L'os se régénère mal, et la place occupée par le séquestre se trouve considérablement rétrécie, à la fois par la rétraction des parties périostiques conservées, mais non soutenues, et par l'attraction des deux fragments mobiles vers la bouche. Heureusement qu'une mince travée osseuse suffit pour servir de support et de guide à la néoformation osseuse, et dans les nécroses d'origine dentaire elle est presque toujours conservée.

Une fois cependant, chez une fille de sept ans atteinte de carie

des deux molaires temporaires gauches, la dent de six ans étant sortie, je vis venir au bout de la pince un gros séquestre mobile, long de trois centimètres, prenant toute la hauteur de la mâchoire et contenant, comme des billes de grelot, les couronnes des deux prémolaires et de la canine permanentes dans leur alvéole. Un mois après, le foyer suppurait encore et les deux fragments, non soudés, étaient inclinés vers la cavité buccale : le résultat esthétique et fonctionnel était aussi défectueux qu'après les fractures par armes à feu, avec perte de substance. Et l'on sait que dans ces conditions la prothèse de la mâchoire inférieure ne donne que des résultats bien médiocres, malgré les tentatives récentes de prothèse immédiate dues surtout à Martin (de Lyon).

C'est la seule fois que j'aie vu la continuité de la mâchoire inférieure interrompue par un séquestre d'origine dentaire. Mais un seul cas suffit pour vous prouver que vous devez compter avec cette possibilité; un autre vous prouve que, chose un peu moins grave, le condyle articulaire peut être nécrosé; en voilà assez, avec les nombreux séquestres alvéolaires dont je vous ai parlé, pour vous démontrer qu'on a tort de trop négliger la carie dentaire des enfants. Il est difficile, je le sais, de l'obturer assez vite et assez bien pour l'empêcher de devenir pénétrante, car dans les dents de lait une vaste cavité pulpaire est entourée d'un ivoire mince et friable; il est bon, d'autre part, de conserver aussi longtemps que possible au bord alvéolaire une dent qui garde la place pour sa remplaçante. Mais souvent on a tort de laisser persister indéfiniment sous ce prétexte des chicots découronnés autour desquels la pulpe granuleuse forme un polype, des dents perforées qui causent de temps à autre une fluxion, une périostite. Puis un beau jour arrive la poussée nécrosante qui nous surprend dans notre quiétude et mène aux délabrements sérieux, quelquefois horribles, dont je viens de vous donner des exemples. Quelquefois même la mort est au bout.

Chez l'adulte, les lésions graves par leur étendue sont sûrement moins fréquentes relativement aux poussées bénignes d'ostéopériostite, et l'on peut dire que, chez l'enfant, la gravité est comparable à ce que, chez l'adulte, elle est dans les ostéites nécro-

santes provoquées par l'éruption de la dent de sagesse; car, chez l'enfant, l'infection des parois alvéolaires autour des dents encore incluses est, vous venez de le voir, le facteur principal de cette gravité, et, dès lors, l'analogie que je viens d'admettre s'explique bien. Par l'évolution de la dent de sagesse, l'adulte a une ostéomyélite d'enfant.

IV

Lorsque la lésion est constituée, il arrivera souvent que, l'enfant ayant été soigné pendant plus ou moins longtemps avec négligence pour cette « fluxion » d'abord crue insignifiante, vous soyez appelé à une période où existent déjà une fistule cutanée, un abcès fluctuant. Alors vous ne pouvez espérer la guérison sans cicatrice extérieurement visible. Mais tant que les parties molles ne sont pas ainsi altérées, vous devez les ménager, car il est à peu près toujours inutile d'inciser par voie cutanée pour extraire les séquestres d'origine dentaire: pour ma part, je n'en ai jamais eu besoin, et toujours il m'a suffi de débrider le vestibule buccal pour amener au dehors les séquestres les plus volumineux, y compris celui du condyle et celui qui prenait toute la hauteur du corps maxillaire. Je dirai même que, quand il y a un abcès sous-cutané nécessaire à ouvrir, cette incision conduit mal sur l'os nécrosé, qu'il faut, après cela, aborder par voie buccale. Vous avez vu qu'il en fut ainsi chez l'enfant que j'ai opéré pour nécrose du menton. C'est naturel, puisque le siège de la lésion est au bord alvéolaire, au-dessus du canal dentaire, et non au corps de la mâchoire.

Sans doute, Rose soutient l'opinion inverse. Il faut, assure-t-il, respecter la gencive; et l'incision cutanée, le long du bord inférieur de l'os, est la voie d'élection pour extraire les séquestres, « car la conservation des dents et leur consolidation sont possibles, même après l'ablation totale de l'os sur lequel elles s'implantent ». Opinion à mon sens tout à fait erronée, car, en premier lieu, l'anatomie pathologique m'a enseigné, comme je vous l'ai fait

voir, qu'avec les séquestres de la face interne du bord alvéolaire, il y en a aussi à la face interne, et qu'il faut les aborder par voie alvéolaire; en second lieu, parce que ces dents, conservées après ablation de l'os correspondant, ne fournissent au chirurgien qu'un triomphe éphémère: elles ne tardent pas à s'ébranler, à se dévier, à se carier, et depuis longtemps déjà les observations de Skey, de Maisonneuve nous ont appris qu'il fallait, quelques semaines ou quelques mois plus tard, se résoudre à leur suppression; de même que les dents issues plus tard de follicules encore inclus sont, après nécroses étendues, vouées d'ordinaire au sacrifice, même si elles n'ont pas, avant l'éruption, entretenu une fistule suppurante.

Après extraction des dents cariées, des germes inclus, des os séquestrés, les soins consécutifs sont faciles à donner. Si la cavité, assez vaste et fongueuse, saigne un peu en nappe, on peut, pendant quelques heures, la tamponner à la gaze sèche. On n'a plus, ensuite, qu'à faire faire dans la bouche des lavages antiseptiques fréquents. Dans la bouche, les solutions d'acide phénique et surtout de sublimé ne sont pas recommandables; l'acide borique est d'une puissance douteuse. Le meilleur agent est, je crois, l'hydrate de chloral en solution à 4 p. 100. Il est de saveur astringente assez désagréable, mais que l'on pallie bien par quelques gouttes d'alcool de menthe.