petits abcès s'ouvrent coup sur coup à la gencive, une opération radicale s'impose : l'*avulsion de la dent*. Elle a pour résultat la cure définitive de la périodontite. On peut, d'ailleurs, réimplanter immédiatement la dent, après avoir réséqué sa portion malade, qui occupe d'ordinaire le sommet de la racine; c'est ce que l'on appelle une *greffe dentaire*.

Je me contenterai de citer une autre opération, palliative ou curative suivant les cas, et qui consiste dans la *résection de la couronne* ou plutôt des débris qui la représentent. Cette opération a pour effet de soustraire la racine malade aux pressions et aux chocs, qui l'entretiennent dans un état constant d'inflammation; et la conservation de la racine a l'avantage d'empêcher la résorption du bord alvéolaire et le déchaussement des dents voisines et de faciliter l'application ultérieure d'un appareil prothétique.

Je n'ai pas à aborder ici le *traitement des complications* de la périodontite. En même temps qu'on s'occupera d'elles, on devra toujours s'attaquer à la cause première du mal, c'est-à-dire à la dent malade. Bien souvent l'ablation de cette dernière suffit à amener la guérison d'une fistule rebelle. D'une manière générale, la suppression de la dent malade est ordinairement indiquée dans le cas de complications sérieuses, tandis qu'elle peut être évitée dans la périodontite aiguë, souvent même dans la périodontite chronique suppurée.

2° *PÉRIODONTITE EXPULSIVE*

La *périodontite expulsive*, selon la définition de Magitot, paraît essentiellement caractérisée par une destruction lente et progressive de la membrane alvéolo-dentaire et de la couche de cément qui lui est sous-jacente, destruction de nature inflammatoire, à marche chronique, procédant constamment du collet au sommet de la racine et entraînant fatalement la chute des dents.

Historique. — Cette affection, remarquée d'abord par Fauchard, fut décrite ensuite par Jourdain sous le nom de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives*. Toirac l'appela *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire*. Oudet la mentionne dans ses articles d'odontologie du *Dictionnaire en 30 volumes*, en 1835; il suppose, le premier, que le siège de l'affection est la membrane alvéolo-dentaire. Marchal (de Calvi), en 1861, considère la maladie comme une *gingivite expulsive*. Enfin Magitot, en 1867, en a donné une bonne description, sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*. On a nommé encore cette affection *goutte dentaire*, *gingivite arthro-dentaire*, *arthrite alvéolaire*, *alvéolite expulsive*, *alvéolite infectieuse*, *maladie de Fauchard*, etc.

Parmi les publications les plus importantes sur le sujet, je citerai :

FAUCHARD, Sur une forme particulière de scorbut. In *Le chirurgien dentiste*. Paris, 1728, 1re édit., t. I, p. 275. — JOURDAIN, De la suppuration conjointe des alvéoles et des gencives. In *Maladies de la bouche*, 1778, t. II, p. 396. — TOIRAC, Pyorrhée inter-alvéolo-dentaire ou écoulement du pus entre l'alvéole et la racine de la dent. In *Dict. de méd. du docteur Beaude*, 1849, t. I, p. 100. — MARCHAL (de Calvi), Sur une affection très commune et non décrite des gencives, qui occasionne la perte des dents. In *Union médicale*, 1860, 2e série, t. VII, p. 499. — CARRIÈRE, De la gingivite expulsive et de sa coïncidence géographique avec la scrofulose et l'helminthogénésie. In *Union médicale*, 1860, 2e série, t. VIII, p. 417 et 439. — TEISSIER, De la gingivite expulsive considérée dans ses rapports avec les états diathésiques. In *Gaz. méd. de Lyon*, 1861, t. XIII, p. 35 et 55. — MAGITOT, De l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. In *Arch. gén. de méd.*, 1867, t. I, p. 678, et t. II, p. 35. — DOLBEAU, De l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. In *Gaz. des hôp.*, 1874, p. 625. — DESPRÈS, De la maladie appelée périostite alvéolo-dentaire ou gingivite expulsive. In *Chir. journalière*, Paris, 1877, p. 656. — AGUILHON DE SARRAN, Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive. In *Bull. de la Soc. de chir.*, 1880, t. VI, p. 402. Rapport par Magitot, p. 411. — MAGITOT, De la valeur diagnostique, dans le diabète sucré, de la périostite alvéolaire des mâchoires. In *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882, 2e série, t. X, p. 1615, et t. XI, p. 231. — MAGITOT, De l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. In *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, 1re série, t. XXVII, p. 286, 1882. — MALASSEZ et GALIPPE, Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. In *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 1884, 8e série, t. I, p. 521. — DAVID, De la maladie de Fauchard. In *Gaz. des hôpit.*, 1885, p. 667. — DAVID, La maladie de Fauchard. In *Gazette hebdom.*, 1889, p. 139. — RICHER, De la périodontite expulsive et de son traitement. Thèse de Paris, 1890.

Étiologie. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie de la périodontite expulsive. Cependant il paraît acquis que la maladie survient en dehors de toute altération des dents et de la muqueuse buccale, et que c'est, avant tout, l'*état général* des sujets qui se trouve en cause.

L'affection s'observe principalement pendant la période moyenne de la vie, de trente à cinquante ans; elle est de fréquence égale dans les deux sexes.

Parmi les influences, dont l'action a été invoquée, il faut citer le *traumatisme* et *certains états généraux* : l'arthritisme, l'anémie consécutive aux longues maladies, l'ataxie locomotrice, la syphilis, le mal de Bright, mais surtout le *diabète*. D'après Magitot, la périodontite expulsive est constante dans le diabète, et elle apparaît dès le début de l'affection. L'influence de la ménopause chez les femmes, celle de l'hérédité sont également à signaler. Enfin un fait, que j'ai observé, m'amène à admettre que la périodontite expulsive est *contagieuse*.

La maladie frappe soit *une dent isolée*, soit *plusieurs dents à la fois*; mais, dans ce dernier cas, les dents atteintes ne sont pas nécessairement contiguës. Toirac et Oudet indiquaient comme siège de prédilection de l'affection les incisives inférieures. Magitot classe, par ordre de fréquence, les grosses molaires, les incisives inférieures, les petites molaires, les incisives supérieures et les canines.

Les dents affectées de périodontite expulsive sont, en général, saines; la carie dentaire n'offre aucune relation avec cette maladie. S'il n'est pas rare de constater l'existence d'une certaine quantité de tartre, ce n'est là, d'après Magitot, qu'un accident secondaire.

Les hypothèses sur la *cause déterminante* de l'affection ne manquent pas. Pour Lécorché, c'est l'action de l'acide lactique contenu dans la salive des diabétiques. Pour Desprès, c'est la compression des alvéoles par les dents trop serrées au moment de l'évolution de la dent de sagesse. Enfin Malassez et Galippe font intervenir des micro-organismes, qui s'introduiraient sous la gencive décollée et détruiraient la membrane alvéolo-dentaire et le cément. De ces diverses hypothèses, les deux premières semblent ne pouvoir se soutenir; la dernière est plus sérieuse, sans qu'on puisse toutefois la considérer comme démontrée.

En somme, l'étiologie et la pathogénie de la périodontite expulsive restent obscures, et cela d'autant plus qu'on a vu survenir la maladie chez des sujets, chez qui l'état général et les conditions locales de la bouche paraissaient également satisfaisants.

Anatomie pathologique. — Au début, on constate sur la membrane alvéolo-dentaire, *au voisinage du collet, point de départ constant de l'affection*, une légère injection et un épaississement de la membrane, qui devient plus molle.

Bientôt elle se décolle, et la couche de cément ainsi découverte est atteinte d'ostéite, puis de nécrose, et prend un aspect rugueux, mamelonné.

L'altération, partie du collet, se propage vers le sommet de la racine. Les parties de la membrane et du cément primitivement atteintes disparaissent par voie de résorption, et l'ivoire reste à découvert. D'autre part, la gencive et le bord alvéolaire ne tardent pas à être altérés à leur tour, à présenter des phénomènes inflammatoires avec fongosités ou ulcérations marginales. En même temps, l'alvéole se remplit d'un pus crémeux, dont la production incessante entraîne les lambeaux mortifiés de la membrane alvéolo-dentaire et du cément. Au voisinage du sommet, les lambeaux de la membrane offrent souvent des végétations fongueuses. *Finalement la dent, complètement décollée, est soulevée et expulsée.*

L'organe dentaire lui-même ne change pas ordinairement d'aspect. Toutefois lorsque l'affection est ancienne et que la pulpe se trouve frappée de gangrène, la dent prend la coloration grise ou noirâtre caractéristique de cette lésion. D'après Magitot, quand la couche de cément a été détruite par la maladie, l'ivoire serait parfois attaqué et éprouverait un commencement de destruction. Ajoutons qu'à titre d'exception il peut arriver que le cément, au lieu de disparaître complètement, offre, mais uniquement vers le sommet, un épaississement avec végétations festonnées.

La description qui précède est celle que donne Magitot; pour lui, *le point de départ de la périodontite expulsive est dans la membrane alvéolo-dentaire.* Mais cette opinion n'est pas admise sans conteste. Il n'est plus guère possible de soutenir aujourd'hui que l'affection est primitivement gingivale, l'inflammation des gencives n'étant qu'un épiphénomène qui fait souvent défaut. Par contre, un certain nombre d'auteurs, Bourdet, Piorry, Gosselin, David, *considèrent la maladie comme une lésion osseuse*, et cette manière de voir mérite qu'on s'y arrête.

L'enchaînement des phénomènes serait alors le suivant. Les procès alvéolaires s'atrophieraient, se résorberaient par le fait d'une ostéite raréfiante. Les parties osseuses atteintes d'ostéite se trouvant exposées à l'air, l'action du milieu buccal et des nombreux parasites qui s'y trouvent déterminerait des lésions concomitantes des gencives et de la membrane alvéolo-dentaire, lésions auxquelles serait due la suppuration intra-alvéolaire. De nouvelles recherches sont nécessaires pour trancher définitivement cette question.

Symptômes. — La périodontite expulsive a une *marche essentiellemenl lente* et chronique. Sa durée est au moins de quelques mois et ordinairement de plusieurs années. On peut distinguer *trois périodes* dans la maladie.

Le *phénomène initial*, presque constant, est une déviation de la dent malade. Bientôt cette déviation s'accompagne d'un léger allongement. Puis la gencive, vers le collet de la dent, présente un petit liséré rougeâtre. A cette période, la dent n'offre encore aucune mobilité; mais, avec un stylet fin, on constate qu'il s'est produit déjà un certain décollement, et la pression de la gencive fait sourdre une petite quantité d'un pus blanc jaunâtre, épais.

A une *phase plus avancée*, la rougeur de la gencive se propage dans le sens vertical, formant devant la racine malade une petite bande verticale. Le bord libre de la gencive s'épaissit légèrement, ou devient le siège soit de fongosités, soit d'ulcérations marginales grisâtres, reposant sur un tissu violacé, tuméfié

et ramolli. Ces altérations gingivales donnent lieu à des hémorragies peu importantes, mais assez fréquentes. En même temps, la suppuration, phénomène constant, devient plus abondante, à mesure que le décollement s'étend.

L'affection, parfaitement indolente d'abord, s'accompagne ensuite d'une sensation de chaleur de la bouche, jointe à une saveur âcre, sensation qui répond parfois à une élévation réelle de la température locale. Les sujets se plaignent d'un chatouillement de la gencive et ont comme un besoin de passer le cure-dent dans les interstices dentaires. D'autres fois, la douleur est sourde, pongitive, et il arrive que la pression des dents opposées produise un soulagement à l'agacement éprouvé par les malades. Enfin l'haleine est chaude, et, quand plusieurs dents sont prises, elle devient fétide.

A cette série de phénomènes succède la *deuxième période* de la maladie, ou *période d'état*. L'alvéole est alors en pleine suppuration; la dent est ébranlée. L'allure chronique de l'affection est entrecoupée par de courtes poussées aiguës, avec douleurs permanentes s'exaspérant par la pression et avec formation de petites pustules gingivales, qui s'ouvrent et laissent après elles des fistules.

Dans la *troisième et dernière période*, la dent, complètement dénudée, ne tient plus à la mâchoire que par de faibles adhérences au sommet; la gencive, décollée, flotte dans la bouche; la paroi alvéolaire s'est affaissée par résorption, et la dent subit d'ordinaire les changements de couleur déjà indiqués. Enfin la dent se soulève, se balance dans la bouche, provoquant au moindre contact une sensation intolérable, et finit par se détacher et tomber. Après son expulsion, la gencive revient sur elle-même et se cicatrice rapidement.

Quelques *complications* peuvent être observées, dans le cours de la périodontite expulsive. La salivation et l'adénite sous-maxillaire sont fréquentes. Plus rarement on voit survenir une stomatite généralisée ou une fluxion; mais il est exceptionnel que celle-ci aboutisse à la suppuration.

Diagnostic. — L'*intégrité et la multiplicité des dents atteintes* sont, avec la *suppuration alvéolaire*, les signes les plus importants de la périodontite expulsive, dont la terminaison est la *chute des dents*.

Cette maladie présente quelques points de ressemblance avec la *périodontite simple*, surtout avec la forme chronique de l'affection, qui se signale par des exacerbations aiguës et des périodes de calme intermédiaires. Mais la périodontite simple est bornée à une seule dent, elle succède d'ordinaire à une lésion grave de la dent, elle est constamment douloureuse; enfin la suppuration, au lieu de débuter au niveau du collet de la dent, débute au niveau de la racine et ne se montre que plus ou moins tardivement, et dans certains cas seulement, autour du collet.

La *résorption spontanée des racines des dents permanentes*, résorption qui aboutit à la chute de l'organe, se distingue de la périodontite expulsive en ce qu'elle n'affecte qu'une seule dent, et qu'elle résulte constamment d'un traumatisme antérieur ou d'une gangrène de la pulpe, particularités appréciables soit à l'examen direct, soit à l'étude des antécédents.

L'*atrophie des maxillaires*, qui se manifeste par la résorption des alvéoles dentaires et la chute des dents, évolue sans suppuration. Elle ne se rencontre que chez les vieillards et les ataxiques.

La *gingivite*, quelle que soit sa cause, occupe toute une région de la bouche; l'ébranlement de la dent, au lieu d'être primitif, est secondaire et le plus sou-

vent très tardif; la suppuration, quand elle se produit, est superficielle et ne s'étend pas à l'intérieur de l'alvéole; enfin la chute des dents n'est pas une terminaison habituelle.

Pronostic. — La périodontite expulsive est une affection sérieuse par sa longue durée, par la chute des dents qu'elle amène, par l'état général défectueux dont elle est ordinairement l'indice. Mais c'est à tort qu'on l'a considérée comme incurable : un traitement convenable réussit à l'améliorer et même à la guérir.

Traitement. — Le traitement comprend des indications tirées de l'état général du sujet et sur lesquelles je n'ai pas à insister, et des indications dérivant de l'état local.

Parmi les *moyens locaux* que l'on a employés, il faut citer l'extraction des dents malades, les émissions sanguines locales, le cautère actuel, la cautérisation au nitrate d'argent, les applications d'alun, de teinture d'iode, de perchlorure de fer, de chlorure de zinc, etc.

A tous ces moyens Magitot préfère l'emploi de l'*acide chromique* solide, ou en déliquescence, ou seulement en solution. Il promène cette substance à la partie antérieure du collet de la dent, en ayant soin de soulever légèrement la gencive, et après avoir enlevé les dépôts de tartre, s'il s'en est formé. L'acide chromique s'écoule aussitôt le long de la racine et baigne toutes les parties malades. Pendant ce temps, on protège les muqueuses voisines à l'aide d'un tampon de coton. L'effet de cette cautérisation est une réaction inflammatoire avec exagération des phénomènes morbides, réaction suivie d'une amélioration sensible. Magitot répète les applications d'acide chromique tous les six ou huit jours. Il administre, de plus, à l'intérieur, du chlorate de potasse, sous forme de pastilles et à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes.

Malassez et Galippe recommandent, pour supprimer les clapiers, la destruction partielle du rebord gingival, suivie de lavages au sublimé. Ils espèrent ainsi détruire les microbes auxquels ils attribuent la maladie.

II

OSTÉITES DES MAXILLAIRES

Lorsqu'on lit les descriptions que les auteurs consacrent à l'ostéite ou ostéo-périostite des maxillaires, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils confondent sous le même nom des lésions essentiellement différentes, les unes de nature franchement inflammatoire, les autres appartenant à la classe des inflammations bâtardes qui sont sous la dépendance d'une diathèse. Parmi ces dernières, les lésions tuberculeuses surtout me paraissent avoir été souvent méconnues; elles sont certainement beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a cru.

J'aurai à reparler ultérieurement de cette question. Pour le moment, je ne m'occuperai que des *ostéites de nature franchement inflammatoire.*

Je ne reviendrai pas sur l'*ostéite du bord alvéolaire*, que l'on observe dans la périodontite simple et dans la périodontite expulsive.

Je me contenterai de citer l'*ostéite simple des maxillaires*, qui survient à la suite d'un traumatisme, d'une lésion dentaire, d'un phlegmon de la région sus-hyoïdienne, etc. Cette ostéite, qui atteint le corps des mâchoires, et qui ne dépasse pas le premier degré de l'inflammation, ne constitue, à vrai dire, qu'un détail d'anatomie pathologique sans intérêt pour le chirurgien.

Les variétés, que j'ai à étudier ici, sont : l'*ostéite suppurée* et l'*ostéite hypertrophiante des maxillaires.*

1° *OSTÉITE SUPPURÉE DES MAXILLAIRES*

Étiologie. — L'*ostéite suppurée des maxillaires* reconnaît des *causes locales* et des *causes générales.*

Elle peut succéder à une *fracture compliquée* de l'un des maxillaires, à un *traumatisme* accidentel ou chirurgical de ces os. Dans ces cas, l'os fracturé ou mis à nu se trouve en contact direct avec les liquides septiques de la bouche, et il s'infecte à ce contact.

La *périodontite suppurée* est une autre cause d'ostéite suppurée des maxillaires. L'inflammation suppurative, limitée au bord alvéolaire, est un phénomène extrêmement fréquent dans la périodontite; mais l'inflammation peut gagner le corps du maxillaire. Toutefois, cette complication se présentant souvent chez des sujets débilités ou sous le coup de la diathèse scrofulo-tuberculeuse, on en peut conclure qu'un certain nombre d'ostéites suppurées du corps des maxillaires, développées dans ces conditions, sont en réalité des ostéites tuberculeuses.

L'ostéite suppurée s'observe dans des cas d'*éruption difficile de la dent de sagesse*, principalement à la mâchoire inférieure.

Elle a été signalée aussi comme un accident de l'éruption des dents de lait. Mais cette étiologie est-elle bien réelle? Et ne s'agit-il pas de lésions tuberculeuses dans la plupart de ces cas?

Je ne ferai que mentionner l'ostéite due à l'*action des vapeurs phosphorées.* Un chapitre spécial sera consacré à cette affection.

Parmi les *causes générales*, il faut citer en première ligne la *fièvre typhoïde* et les *fièvres éruptives* (scarlatine, rougeole, variole) (*périostite exanthématique* de Salter), la diphtérie, l'influenza, le choléra. C'est pendant la convalescence de ces maladies, particulièrement chez les enfants, que l'on voit se développer des ostéites suppurées des mâchoires à marche aiguë, qui d'ordinaire aboutissent à la nécrose. Je signalerai encore l'ostéite suppurée de *cause puerpérale.*

A côté de ces ostéites se place l'*ostéomyélite* de la période de croissance. D'après Lannelongue, le maxillaire inférieur est, de tous les os plats, le plus exposé à l'ostéomyélite, bien que cependant cette affection n'y soit pas très fréquente.

Y a-t-il lieu d'admettre, avec Graves et la plupart des auteurs, une ostéite suppurée des maxillaires d'*origine rhumatismale*? Je ne le pense pas. D'après ce que l'on sait des ostéites rhumatismales, ces lésions semblent obéir à la loi générale de la non-suppuration des altérations rhumatismales. Les ostéites suppurées des maxillaires, attribuées au rhumatisme, ne sont, le plus souvent, suivant moi, que des ostéites d'origine dentaire, consécutives à une périodontite.

Anatomie pathologique. — L'ostéite suppurée peut se limiter aux bords

alvéolaires, c'est-à-dire aux parties osseuses recouvertes par la muqueuse; c'est la *variété sous-gingivale* des auteurs du *Compendium*, variété fréquente aux deux mâchoires.

D'autres fois, l'ostéite atteint les parties de l'os non recouvertes par la muqueuse; elle est *sous-cutanée*. Cette forme est beaucoup plus fréquente à la mâchoire inférieure, où elle occupe de préférence l'angle et la branche montante; elle peut s'étendre à tout un côté et même à la totalité de l'os.

Je n'insisterai pas sur les lésions elles-mêmes, qui sont celles de l'ostéite suppurée en général. D'ordinaire, le périoste est décollé sur une grande surface, et l'affection se termine par une nécrose, parfois limitée à une portion du bord alvéolaire, d'autres fois étendue à toute la hauteur de l'os.

L'ostéomyélite a pour conséquence habituelle une *vaste nécrose*. Le plus souvent, la lésion est unilatérale. D'autres fois, comme dans un cas de Faisst (*Beit. zur klin. Chir.*, XV, 3) relatif à une jeune fille de douze ans, l'ostéomyélite peut amener une nécrose totale de la mâchoire inférieure.

Les auteurs décrivent une forme rare d'ostéite suppurée des mâchoires, aboutissant à la formation d'*abcès centraux dans les maxillaires*. Je ne conteste pas la possibilité de cette lésion due à une semblable cause. Mais, à en juger par les faits publiés, les abcès centraux des mâchoires me paraissent être soit des kystes dentaires suppurés, soit des collections tuberculeuses. J'ai eu l'occasion d'observer un abcès de ce genre, occupant le voisinage de l'angle du maxillaire inférieur : son origine tuberculeuse ne pouvait être mise en doute.

Symptômes. — L'ostéite suppurée, limitée au bord alvéolaire d'un maxillaire, est une complication fréquente de la périodontite suppurée, et a été décrite à l'occasion de cette dernière affection.

L'ostéite suppurée du corps des maxillaires se présente, suivant sa cause, soit d'emblée, soit consécutivement à une ostéite suppurée du bord alvéolaire. A part les cas où la suppuration est limitée à une petite portion de l'os, c'est une affection à *marche éminemment aiguë*. Les suppurations des mâchoires, qui affectent dès le début une allure subaiguë ou chronique, ne sauraient être considérées comme de nature franchement inflammatoire; le plus souvent, elles sont d'origine tuberculeuse.

L'ostéite suppurée, plus fréquente au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur, se manifeste d'abord par des douleurs vives dans une moitié de la mâchoire, avec gonflement de la gencive et de la joue; la fièvre est d'ordinaire violente, parfois il y a du délire. La *suppuration* peut s'établir très rapidement, au bout de deux ou trois jours déjà. Le pus s'échappe par les alvéoles, occasionnant la chute des dents correspondantes; en même temps, il se fait jour à travers la paroi alvéolaire, au niveau du sommet des racines dentaires. On peut voir ainsi plusieurs ouvertures, correspondant à un nombre égal d'alvéoles. Puis la phlegmasie s'étend de la portion alvéolaire au corps de l'os; la tuméfaction des parties molles augmente; la constriction des mâchoires survient ou s'accentue, surtout quand la lésion occupe le voisinage des dernières molaires; enfin des abcès viennent s'ouvrir à la peau. Arrivée à ce degré, l'inflammation peut se calmer, mais en laissant à sa suite des désordres plus ou moins étendus : nécrose de l'os, arthrite suppurée de l'articulation temporo-maxillaire, fistules cutanées, décollements des parties molles par la suppuration pouvant s'étendre au loin vers le cou ou la poitrine.

Il se peut que les symptômes locaux de la maladie occupent le premier plan et que les phénomènes généraux soient modérés. Dans d'autres cas, les phénomènes généraux sont graves, et le mal s'étend rapidement. Enfin, dans un troisième groupe de faits, les symptômes locaux s'effacent devant la gravité de l'infection septique générale.

Il n'est pas rare que la maladie se termine par la *mort*, et cette issue est surtout à redouter dans les cas à extension rapide, envahissant la totalité du maxillaire inférieur ou atteignant à la fois les deux mâchoires. Le malade peut être enlevé alors par l'*infection septique générale*, ou bien il succombe à une complication, telle que l'*infection purulente* ou la *phlébite suppurée des sinus de la dure-mère*.

Demons (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 1879, p. 819. Rapport de Périer) relate plusieurs faits, dans lesquels cette dernière complication s'est présentée. Les symptômes sont alors : une tuméfaction de l'orbite, avec projection de l'œil en avant et chémosis, une fièvre violente, de la céphalalgie, du délire, de la stupeur et finalement la mort dans le coma. Cette terminaison, qui est constante, survient au bout d'un à deux septénaires. A l'autopsie, on trouve une phlébite suppurée des veines de la face et du cou, des veines ophtalmiques, des sinus de la dure-mère, enfin une méningo-encéphalite suppurée, sans parler des abcès métastatiques, que l'on peut rencontrer dans les poumons ou les autres viscères.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéite suppurée des maxillaires est d'ordinaire facile. En portant son attention sur l'examen des maxillaires, en particulier de leurs bords alvéolaires, on évitera de confondre cette affection avec une lésion inflammatoire des parties molles voisines, par exemple avec une adénite, avec un phlegmon de la face ou du cou, ou avec une parotidite suppurée.

Pronostic. — L'ostéite suppurée des mâchoires, dans sa forme suraiguë et diffuse, est extrêmement grave, et sa marche se déroule avec une rapidité, qui rend souvent toute intervention inutile. Mais il existe des formes moins sérieuses de la maladie; les lésions ont alors une extension moins rapide, elles tendent à se limiter. Toutefois, même dans ces cas d'une gravité moindre, il persiste généralement une *nécrose*, parfois très étendue, qui retarde la guérison et nécessite une intervention chirurgicale tardive.

Traitement. — L'ostéite suppurée, consécutive à un traumatisme, pourra être évitée le plus souvent par une antisepsie buccale soignée.

Lorsque l'ostéite suppurée est due à une périodontite, c'est à cette dernière et à sa cause habituelle, la carie dentaire, qu'il faut s'adresser. Mais, avant tout, il est urgent de *donner issue au pus* : de larges débridements sont nécessaires; on aura recours au drainage, aux injections antiseptiques. L'avulsion des dents malades pourra faciliter parfois l'écoulement du pus; mais la constriction des mâchoires rendra souvent cette avulsion très difficile.

Dans les ostéites suppurées indépendantes de toute cause dentaire, c'est encore aux larges incisions précoces et aux lavages antiseptiques qu'on s'adressera. Quelle que soit l'origine de l'affection, ce sont les accidents infectieux qui en constituent la gravité, et l'on comprend dès lors toute l'importance d'une *antisepsie rigoureuse*. On y joindra un *traitement général* tonique, destiné à combattre la prostration provoquée par la maladie.

[*A. HEYDENREICH.*]