Quant à la nécrose, conséquence fréquente de l'ostéite suppurée, j'indiquerai dans un autre chapitre la thérapeutique qui lui convient.

2° *OSTÉITE HYPERTROPHIANTE DES MAXILLAIRES*

L'*ostéite hypertrophiante* peut siéger sur le *bord alvéolaire* ou sur le *corps des maxillaires*.

OSTÉITE HYPERTROPHIANTE DU BORD ALVÉOLAIRE

La périodontite chronique aboutit parfois à la formation de dépôts osseux, soit du côté de la dent, soit du côté de la paroi alvéolaire. Sur la dent on constate alors un épaississement de la couche cémentaire, ou encore une production de petites tumeurs appendues à la racine et qui sont de véritables exostoses dentaires.

Du côté de la paroi alvéolaire, un phénomène, pour ainsi dire physiologique, se produit constamment après l'extraction d'une dent : l'alvéole est progressivement rempli par une masse osseuse, qui en comble la cavité. La même lésion peut atteindre l'alvéole d'une dent encore en place; celle-ci est soulevée peu à peu et finit souvent, mais après un temps très long, par tomber spontanément.

On a observé encore une hypertrophie osseuse péri-alvéolaire, se présentant sous forme de petites nodosités siégeant à la face antérieure ou à la face postérieure de l'os et gênant à peine le malade. Dans d'autres cas, l'os s'épaissit uniformément dans l'intervalle de deux dents voisines et produit un écartement de ces dents.

Enfin il y a lieu de citer une forme de tuméfaction des maxillaires, *généralisée à toute l'étendue des bords alvéolaires*, et coïncidant d'ordinaire avec un épaississement considérable des gencives, parfois même avec une longueur anormale des dents. Cette lésion rare n'a été observée que chez des enfants; dans certains cas, elle a paru être congénitale; dans un cas, on l'a considérée comme liée à la diathèse scrofulo-tuberculeuse. Guyon et Ch. Monod (Maxillaires, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2e série, t. V, p. 342) citent des observations de cette affection, dues à Tomes, Salter, Gross (de Philadelphie), Erichsen, Watermann. Suivant la remarque de Salter, la tuméfaction des gencives, le volume anormal des dents, leur évolution prématurée, le développement exagéré des poils constaté dans un cas indiqueraient plutôt une tendance à l'hypertrophie du système tégumentaire; l'os sous-jacent ne serait atteint que secondairement.

OSTÉITE HYPERTROPHIANTE DU CORPS DES MAXILLAIRES

Cette variété, qui s'observe surtout sur le maxillaire inférieur, est caractérisée par la formation de dépôts osseux à la surface de l'os. *Elle peut résulter de ce qu'une dent, particulièrement la dent de sagesse inférieure, a été anormalement retenue dans l'épaisseur de la mâchoire.* Elle est signalée alors par une douleur sourde, s'exaspérant par moments; au bout d'un temps souvent fort long, on

voit se former une tumeur dure, quelquefois bosselée; la tumeur occupe l'angle de la mâchoire, s'il s'agit de la dent de sagesse.

Cette lésion a été confondue plus d'une fois avec un ostéosarcome, et l'erreur n'a été reconnue qu'après une intervention opératoire, telle que la résection de la mâchoire. Pour éviter une semblable confusion, on aura soin d'examiner les dents, de s'assurer s'il n'en manque aucune; l'absence de la dent de sagesse devra surtout éveiller l'attention. On se rappellera également que l'ostéite hypertrophiante, due à une inclusion dentaire, n'affecte guère que les sujets jeunes, que le développement de la tumeur est parfois rapide, que celle-ci présente une dureté uniforme.

Dans cette variété d'ostéite, le seul traitement efficace est l'extirpation de la dent retenue dans l'épaisseur du maxillaire. L'opération, presque impraticable par la bouche, devra être faite par l'extérieur. Lewin (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 août 1893), chez un enfant de huit ans, atteint d'ostéite hypertrophiante du côté droit du maxillaire inférieur, a extrait, par la voie sous-périostée, toute la moitié droite de cet os, y compris sa branche montante, mais en laissant les dents suspendues à la gencive. La régénération de la mâchoire a été complète avec conservation des dents; mais l'os régénéré était moins long et moins haut que l'os ancien.

A côté de cette ostéite de cause locale, il faut citer l'*ostéite hypertrophiante rhumatismale*. Elle est caractérisée par un gonflement quelquefois considérable de l'os par néoformation osseuse, avec épaississement du périoste. Au point de vue clinique, elle se manifeste par un gonflement douloureux du maxillaire malade, à marche chronique, progressive; parfois l'inflammation procède par poussées ou prend un caractère très aigu; mais jamais elle n'aboutit à la suppuration.

Cadiat (*Rhumatisme osseux ou ostéite rhumatismale*; in *Rev. de méd.*, 1882, p. 733), qui, avec Adams et Féréol, a appelé l'attention sur l'ostéite rhumatismale et lui a assigné les caractères précédents, signale un cas où toute la branche horizontale du maxillaire inférieur était le siège d'une tuméfaction considérable; le canal dentaire était élargi, au point d'avoir le diamètre de l'alvéole d'une canine, et l'artère dentaire avait doublé de volume.

Dans un autre fait de Cadiat, il survint, dans l'espace de trois semaines, une tuméfaction telle de la mâchoire inférieure et des douleurs si violentes que des médecins très expérimentés, réunis en consultation, conclurent à une affection cancéreuse et firent la résection du maxillaire inférieur. Le malade, un an après son ostéite, fut pris d'une violente poussée d'eczéma, et, deux ans après, il mourut d'une attaque intense de dyspnée avec congestion pulmonaire. Toutefois, d'après Cadiat, il est exceptionnel que le rhumatisme osseux alterne ainsi avec d'autres formes du rhumatisme.

Soignée de bonne heure, l'ostéite rhumatismale peut disparaître en quelques semaines ou quelques mois. La résolution est quelquefois complète; bien plus souvent, on voit persister une tuméfaction osseuse. Comme la maladie se développe d'ordinaire chez des sujets soumis au froid et surtout à l'humidité, on devra, avant tout, soustraire le malade à ces influences; au besoin, on aura recours au traitement général du rhumatisme et aux révulsifs locaux.

[A. HEYDENREICH.]

III

HYPERTROPHIE DIFFUSE DES MAXILLAIRES

On trouve décrits dans la science des cas dans lesquels la plupart des os de la face et du crâne étaient le siège d'une hypertrophie considérable. Virchow compare cette hypertrophie à l'éléphantiasis des parties molles. Il lui donne le nom de *leontiasis ossea*, à cause de l'aspect léonin que prend la face des malades. L'*hypertrophie diffuse des maxillaires* n'est qu'un des éléments de cette affection, déjà décrite dans ce Traité (t. II, p. 887).

Dans un certain nombre de cas, dont je n'ai pas à parler ici, les os du crâne se trouvent seuls atteints. D'autres fois, l'hypertrophie s'étend à la face et au crâne : elle commence par les maxillaires, presque toujours par les maxillaires supérieurs, plus spécialement par l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, gagne les autres os de la face, puis enfin envahit les os du crâne. L'hypertrophie semble pouvoir rester limitée à la face. Dans un fait de Wrany, le maxillaire inférieur était seul hypertrophié.

La première observation d'hypertrophie des os de la face et du crâne appartient à Ribell, au XVIIIe siècle. On trouve un certain nombre d'autres cas cités par Guyon et Monod (MAXILLAIRES, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, t. V, p. 344, 1872). Parmi les faits plus récents, je noterai celui de Le Dentu (*Rev. mensuelle de méd. et de chir.*, 1879, p. 871), publié sous le titre de *Périostose*

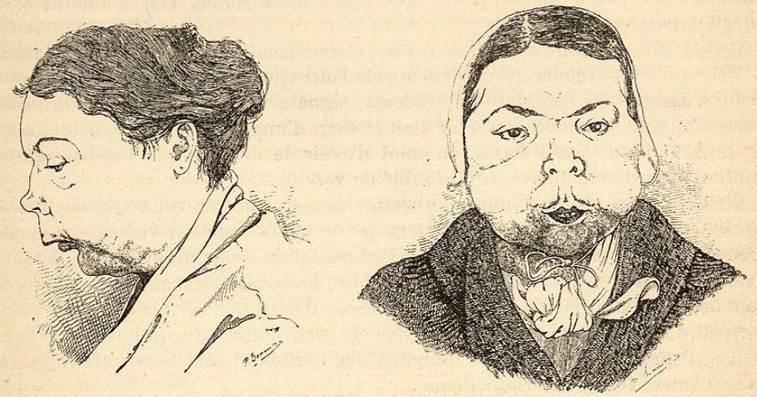

FIG. 345. — Hyperostose des maxillaires supérieurs. (Verneuil.)

diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne, et ceux de Paquet (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 329), de Poisson (*Semaine méd.*, 1890, p. 2), de Horsley (*The Practitioner*, juillet 1895).

Presque toujours la maladie a débuté chez des *adolescents* ou des *jeunes gens*. Son développement est d'ordinaire symétrique. *Sa marche est lente*, et sa durée peut se prolonger un très grand nombre d'années (trente-trois ans dans le cas de Ribell).

A mesure que l'affection progresse, la face prend un aspect spécial, dû à l'énorme saillie, formée à droite et à gauche par les maxillaires supérieurs. Le maxillaire inférieur, agrandi dans toutes ses dimensions, fait ressembler la face à un mufle de lion. Dans le cas de Ribell, cet os pesait 1560 grammes. Ces difformités ont pour conséquence la difficulté de l'alimentation et de l'articulation des sons, l'oblitération des fosses nasales et des sinus. Puis, peu à peu, quand l'hypertrophie envahit l'orbite et les os du crâne, on voit survenir de l'exophtalmie, la cécité et la destruction suppurative des globes oculaires, l'abolition de l'ouïe, enfin des accidents cérébraux, tels que l'aliénation mentale ou une apoplexie méningée.

L'hypertrophie des maxillaires n'est pas douloureuse par elle-même; les souffrances, qu'on peut observer, sont des phénomènes de compression. La *mort* est amenée par le défaut d'alimentation ou par les troubles cérébraux, à moins que le malade ne soit emporté par une complication accidentelle, un érysipèle par exemple.

Dans l'observation de Le Dentu, la durée totale de la maladie a été de moins d'un an, et les masses morbides offraient une consistance élastique avant de présenter la dureté osseuse. Cette marche insolite de l'affection autorise à se demander s'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un sarcome ossifiant, d'autant plus que l'examen histologique d'un morceau de la tumeur a montré que la structure était celle d'un sarcome. Le Dentu, qui rejette l'hypothèse d'un sarcome en raison du mode d'envahissement si particulier du mal, suppose que, sous l'influence de la vitalité des os de la face et du crâne pendant l'adolescence et sous l'action d'irritations locales, il peut survenir une prolifération périostique, qui aboutit à l'ossification.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'hypertrophie diffuse des maxillaires semble n'être sous la dépendance d'aucune diathèse, d'aucune cause saisissable, et toutes les méthodes de traitement essayées jusqu'ici sont restées impuissantes. Cependant Le Dentu (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 166) a pratiqué, dans un cas, une *résection partielle*, et le résultat, constaté après un an, a été un certain degré d'atrophie des masses déjà formées. Horsley dit avoir obtenu 3 guérisons durables sur 5 malades opérés par lui.

Je me bornerai à mentionner l'hypertrophie des mâchoires, particulièrement du maxillaire inférieur, habituelle dans l'*acromégalie*. Elle a été décrite à l'occasion de cette dernière affection (t. II, p. 876).

IV

ATROPHIE DES MAXILLAIRES

La *résorption des alvéoles dentaires, suivie de la chute des dents*, est un phénomène normal chez le vieillard. Mais la même lésion a été observée en dehors de ces conditions.

Cette résorption pathologique des arcades alvéolaires a été signalée, pour la première fois, par Léon Labbé (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1868, p. 162), sous le nom d'*affection singulière des arcades alvéolaires*. D'autres observations ont été publiées par Dolbeau (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1869, p. 210), Vallin (Soc.

médicale des hôp., 11 juillet 1879), Demange (*Rev. de méd.*, 1882, p. 247), enfin Dubrueil, qui a inspiré la thèse de Manoha (*Quelques considérations sur l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice.* Thèse de Montpellier, 1885). Citons encore la thèse de Carrière (*Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine.* Thèse de Paris, 1892).

L'affection se manifeste d'abord par un ébranlement des dents, sans lésion préalable de celles-ci. Puis les dents tombent sans douleur, sans hémorragie (sauf de rares exceptions), sans suppuration. La muqueuse reste saine en apparence, mais elle est anesthésiée au voisinage des parties malades. Bien que l'indolence soit la règle, des douleurs ont été notées parfois. Dans un cas relaté par Baudet (*Union méd.*, 8 nov. 1894), la chute des dents de la mâchoire supérieure s'est accompagnée de névralgie faciale du côté droit, avec œdème passager des lèvres et du menton. Chez un malade de Du Castel (Soc. de dermatol. et syphiligr., 9 mai 1895), on a observé des poussées inflammatoires et douloureuses à répétition au niveau du maxillaire.

Quelquefois la lésion ne s'arrête pas là : des fragments d'os sont expulsés; la maladie, qui peut atteindre les deux mâchoires, mais qui a une prédilection marquée pour les maxillaires supérieurs, gagne la voûte palatine et détermine sur elle des perforations souvent multiples, faisant communiquer la bouche et les fosses nasales. A cette période, l'haleine devient fétide, la parole est plus difficile, la voix est modifiée; non seulement la mastication est impossible, mais les aliments pénètrent dans les fosses nasales. Les désordres, qui n'arrivent pas toujours à ce degré, mettent à se développer un temps qui a varié de quatre mois à neuf années.

Dans les cas où l'examen anatomique a pu être pratiqué, on a constaté la disparition plus ou moins complète du rebord alvéolaire des maxillaires, ainsi que de la portion osseuse de la voûte palatine. Sur la partie restante des maxillaires, on a trouvé, suivant les points, les lésions de l'ostéite raréfiante, de l'ostéite condensante, de la nécrose.

Quelle est la *nature* de cette singulière affection? La *syphilis* a été accusée par Labbé et par Duplay, et, en effet, plusieurs des sujets atteints de cette atrophie étaient syphilitiques.

Vallin a montré le premier que cette lésion pouvait survenir chez les *ataxiques*, quelquefois au début de la maladie; et, en parcourant les observations antérieures à celles de Vallin, on arrive à se convaincre que plusieurs d'entre elles concernent des sujets manifestement atteints d'ataxie locomotrice. Des observations ultérieures sont venues à l'appui des assertions de Vallin. Actuellement, *l'ataxie doit être considérée comme une cause certaine, peut-être comme la cause unique de l'atrophie des maxillaires.* Si la syphilis intervient dans l'étiologie de l'atrophie, ce n'est pas comme cause directe, mais à titre de cause productrice du tabes.

Dès lors, l'explication des phénomènes devient facile. L'atrophie des maxillaires est une *lésion trophique*, analogue à celles qui s'observent chez les ataxiques sur les os longs, et qui occasionnent l'usure si rapide des extrémités articulaires. Elle mérite une place parmi les symptômes céphaliques du tabes dorsalis, et il n'y a pas lieu de s'étonner qu'on l'ait vue coïncider avec d'autres troubles céphaliques : névralgies faciales, anesthésie faciale, atrophie de divers muscles de la face, paralysie des muscles de l'œil, paralysie du voile du palais, atrophie de la papille, etc. Demange, qui a fait l'autopsie de deux ataxiques ayant présenté

une chute spontanée des dents, a trouvé chez eux une sclérose des trijumeaux, coïncidant avec l'atrophie des noyaux d'origine de ces nerfs. C'est là une confirmation de l'origine trophique de l'atrophie des maxillaires.

Plusieurs auteurs admettent que les lésions trophiques du trijumeau, productrices de l'atrophie des maxillaires, peuvent se rencontrer dans d'autres affections que le tabes, par exemple, dans le *diabète* et dans *certaines paralysies*.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de l'atrophie est sérieux, parce qu'elle est l'indice d'une maladie générale grave. Son traitement se confond avec celui de l'ataxie locomotrice ou des autres affections susceptibles de déterminer l'atrophie.

V

TUBERCULOSE DES MAXILLAIRES

La *tuberculose des maxillaires* me paraît avoir été souvent méconnue. D'après les auteurs, elle ne se montrerait que rarement au maxillaire inférieur, tandis qu'elle serait relativement fréquente au maxillaire supérieur, avec une prédilection marquée pour ses *portions palatine et nasale*.

Ces localisations sont réelles, et elles s'expliquent par ce fait que souvent les lésions osseuses sont le résultat de l'extension d'un processus ayant débuté par la muqueuse palatine et surtout par la muqueuse nasale. Je ne m'occuperai pas, dans ce chapitre, de ces variétés de tuberculose, qui se trouvent étudiées avec les maladies des fosses nasales et celles de la voûte palatine.

Mais, indépendamment de ces localisations spéciales, la tuberculose des maxillaires est loin d'être rare. Si je m'en rapporte à mon expérience personnelle, elle est fréquente surtout chez les enfants et a pour siège de prédilection le *maxillaire inférieur*, particulièrement le *voisinage de son angle*.

Depuis longtemps, les auteurs ont remarqué que 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 inflammatoire; la lésion diathésique vient se greffer sur elle. Il se passe là un phénomène d'observation courante; ne voit-on pas souvent une entorse ou une contusion articulaire être le point de départ d'une tumeur blanche?

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. Ici encore, il s'agit généralement d'ostéites tuberculeuses, et il est probable que l'éruption des dents de lait joue le rôle de cause occasionnelle.

Ajoutons que la tuberculose des gencives peut s'étendre aux maxillaires et amener ainsi la destruction des alvéoles et la chute des dents.

Anatomie pathologique. — Les diverses formes de la tuberculose des os peuvent se rencontrer aux maxillaires. On remarque surtout celle qui aboutit à une *nécrose* plus ou moins étendue. Je considère aussi, comme se rapportant à des lésions tuberculeuses, les rares observations connues d'*abcès centraux* des maxillaires, qui ne concernent pas des kystes dentaires suppurés.

J'ai eu l'occasion, chez une fille de sept ans, présentant des antécédents scrofuleux manifestes, d'observer la lésion suivante. Il existait, vers l'angle du maxillaire inférieur, du côté gauche, une fistule, trace d'une opération pratiquée deux ans auparavant, et sur laquelle je n'ai pu avoir de renseignement précis; cette fistule conduisait dans une cavité creusée dans l'épaisseur de l'os. Avec la gouge et le maillet j'ouvris largement cette cavité; elle avait le volume d'une noisette et était remplie de fongosités; j'en pratiquai le raclage. Cependant la guérison n'eut pas lieu, et il resta une ouverture fistuleuse. Je dus pratiquer cinq autres opérations, avant d'obtenir la guérison; celle-ci ne survint que trois ans après ma première intervention. A aucun moment il ne se produisit de séquestre; à la suite de chaque opération, on observait une tendance à la guérison, puis un état stationnaire; finalement la fistule persistait.

Symptômes. — La tuberculose des maxillaires évolue, en général, d'une manière chronique. Le premier phénomène appréciable est le gonflement de la mâchoire; les parties molles participent à la tuméfaction de l'os, et il existe de la douleur à la pression et des douleurs spontanées. La maladie peut se terminer par résolution. Le plus souvent, après une durée qui se chiffre par des semaines ou des mois, parfois après une période de calme apparent, les symptômes s'exagèrent, il survient de la fièvre, un ou plusieurs *abcès* s'ouvrent à la joue, ou à la partie supérieure du cou, ou encore dans la bouche.

Ces abcès ont une tendance à rester fistuleux. Tantôt les *fistules* correspondent à des séquestres, qui peuvent occuper le bord alvéolaire ou le corps de l'os. D'autres fois, la fistule conduit simplement sur l'os dénudé, ou encore dans une cavité remplie de pus ou de fongosités, comme dans l'observation que j'ai rapportée. On a vu combien ce cas a été rebelle. Ollier déjà avait remarqué que, dans certaines ostéites suppurées des maxillaires (il s'agit certainement d'ostéites tuberculeuses), le tissu osseux ne se nécrose pas; il continue à vivre, mais sans se cicatriser, et l'on observe des suppurations interminables.

Une variété de tuberculose, dont la marche est souvent insidieuse et le diagnostic difficile, est celle qui occupe la face orbitaire du maxillaire supérieur. L'exophtalmie et des troubles de la vision sont parfois les seuls indices du mal.

Parmi les complications observées dans la tuberculose des mâchoires, il faut citer la *fracture spontanée du maxillaire inférieur*, dont Tachard (Soc. de chir., 11 déc. 1889) a relaté un cas.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose des maxillaires peut présenter parfois quelques difficultés au début de la maladie; la confusion avec un *néoplasme* est alors possible. Le jeune âge des sujets, l'existence d'antécédents scrofulo-tuberculeux personnels ou héréditaires seront des arguments en faveur de la tuberculose. Celle-ci ne sera plus douteuse si la suppuration se déclare.

Il est généralement facile de distinguer une tuberculose suppurée de l'un des maxillaires d'avec une *ostéite suppurée franchement inflammatoire*. Indépendamment des antécédents et des circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie, on devra tenir compte de sa marche, chronique dans un cas, aiguë dans l'autre. Il n'y aura guère de doute que dans les cas où le point de départ de l'affection est une périodontite, et où son allure n'est pas nettement dessinée.

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose des maxillaires est sérieux, en

ce que la lésion est l'indice d'une diathèse redoutable. Mais, par elle-même, elle n'est pas, en général, bien grave. Toutefois elle peut donner lieu à une nécrose étendue, à une suppuration prolongée; d'autre part, elle est tenace, et il est rare qu'elle guérisse sans intervention chirurgicale, quelquefois sans interventions répétées.

Traitement. — Le traitement général de la tuberculose et les révulsifs locaux constituent, au début, toute la thérapeutique. Si la suppuration n'a pu être empêchée, on se hâtera d'ouvrir une issue au pus, de préférence dans la bouche lorsque ce sera possible. Mais la guérison ne sera obtenue qu'après que l'on aura attaqué directement et extirpé le foyer tuberculeux; on aura recours surtout à l'*évidement*, qui permet de respecter les parties saines. En cas de nécrose, on peut enlever les petits séquestres, lors même qu'ils sont encore adhérents, et l'on abrège ainsi la durée de la suppuration; pour les séquestres plus volumineux, il vaut mieux, à moins d'indication urgente, n'intervenir que lorsqu'ils sont mobiles. Quant aux règles de l'intervention dans la nécrose, elles seront indiquées dans un autre chapitre.

VI

SYPHILIS DES MAXILLAIRES

La *syphilis des maxillaires*, de même que la tuberculose, a une prédilection pour les *portions palatine et nasale* du maxillaire supérieur. Mais j'écarterai ici ces variétés, qui sont décrites avec les maladies de la voûte palatine et celles des fosses nasales.

Les autres lésions syphilitiques des maxillaires ont été peu étudiées, à tel point que les auteurs du *Compendium*, ainsi que Guyon et Monod, professent que ces lésions n'atteignent jamais la mâchoire inférieure. Cette assertion ne saurait plus être maintenue aujourd'hui. La *syphilis du maxillaire inférieur* est relativement rare; mais on l'a observée, et un certain nombre d'exemples de cette affection, empruntés à divers auteurs (Senftleben, O. Weber, Duplay, Lumbroso, Downes, Zambaco, Fournier, etc.), sont cités par Jullien (*Traité pratique des maladies vénériennes*, 2e édition, Paris, 1886, p. 910) et par Chabaud (*Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur*. Thèse de Paris, 1885).

Les lésions syphilitiques, qui frappent le maxillaire inférieur, appartiennent surtout à la période tertiaire. Elles sont *circonscrites* ou *diffuses*.

Les *lésions circonscrites* semblent siéger de préférence vers l'angle de la mâchoire. Elles occasionnent un gonflement de l'os, ordinairement indolent, et présentent les divers modes de terminaison des gommes : résolution, formation d'une exostose ou d'une hyperostose, nécrose, ramollissement. Dans ce dernier cas, les gommes peuvent s'ouvrir du côté de la peau ou du côté de la muqueuse buccale.

L'*infiltration gommeuse diffuse* du maxillaire inférieur amène presque fatalement une nécrose étendue.

Il n'est pas absolument rare de rencontrer au maxillaire inférieur des *exostoses*