

Trendelenburg ont noté le fait pour la stomatite mercurielle, Dalché et Villejean pour la stomatite bismuthique. Toutefois les cas de ce genre sont rares et presque toujours le noma survient d'emblée. Mais d'emblée seulement si l'on considère la cavité buccale, car presque toujours c'est une maladie secondaire, s'attaquant aux enfants qui viennent d'avoir la rougeole, plus rarement la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la diphtérie⁽¹⁾. D'autre part, on doit tenir grand compte des conditions hygiéniques : le noma est une maladie des enfants pauvres, des bouches malpropres, des hôpitaux et des salles d'asile encombrés. Aussi observait-on autrefois dans nos hôpitaux d'enfants de véritables épidémies, comme celles dont La Peyronie (1756) et Capdeville (1765) nous ont transmis l'histoire, tandis que de nos jours, grâce aux progrès de l'hygiène et de l'antisepsie nosocomiales, le noma est devenu une rareté.

Le noma, en effet, est une gangrène septique aiguë, évoluant à la faveur de la débilitation engendrée par la pyrexie primitive. Cette gangrène, dont l'agent pathogène est encore à déterminer, est une infection secondaire, sans doute provoquée, dans la majorité des cas, par un ou plusieurs des microbes variés qui fourmillent dans la bouche. L'origine cutanée paraît toutefois possible, et on ne peut l'éliminer complètement, par exemple, chez un malade où Grancher⁽²⁾ constata d'abord de l'impétigo des lèvres.

Des microbes nombreux, bacilles, zooglées, spirilles (Netter), chaînettes et vibrions (Sansom) ont été trouvés dans les tissus non encore gangrenés, et même Sansom aurait décelé pendant la vie des micro-organismes dans le sang⁽³⁾. Schimmelbusch (1889) a décrit un microbe qu'il a cru spécifique; on le trouverait surtout dans la zone d'invasion et il se propagerait par voie lymphatique. Ce microbe a été retrouvé par Bartels (1892), mais depuis des parasites variés et différents du précédent ont été décrits par Foote, par Lingard, par Babes et Rambilovici, par Ranke, par P. Guizetti, et l'on ne saurait croire qu'actuellement nous connaissions le microbe spécifique⁽⁴⁾.

Symptômes et marche. — Le siège de prédilection est la partie centrale des joues. La gangrène, toutefois, peut frapper les lèvres, l'inférieure surtout. Il y a, d'après Tourdes, une certaine prédominance pour le côté gauche.

Dans la gangrène des joues, qui va nous servir de type, certains auteurs affirment que la lésion commence toujours sur la muqueuse, par une ulcération à fond grisâtre, précédée ou non d'une bulle ichoreuse. D'après le *Compendium*, cependant, le début dans les tissus sous-jacents est possible, par un noyau dur, qui gagne à la fois vers la muqueuse et vers la peau.

L'ulcération de la muqueuse envahit vite en surface et en profondeur, devient putrilagineuse, noire, entourée d'une zone rouge œdémateuse sous laquelle, Rilliet et Barthez y insistent, un noyau d'induration se développe constamment du 3^e au 7^e jour. L'œdème sous-cutané est précoce et intense, la peau est tendue, maculée de marbrures violacées. L'haleine est fétide, et la salive, abondante, devient vite sanguinolente, sanieuse, d'une odeur infecte.

(1) DELACOUR a signalé le noma consécutif à la dilatation des bronches. (Thèse de doct. de Paris, 1895-1894, n° 597.)

(2) GRANCHER, *Bull. méd.*, Paris, 1887, p. 1051.

(3) SANSOM, *Med. chir. Transact.*, London, 1878, t. LXI, p. 1.

(4) FOOTE, *Amer. Journal of med. sc.*, août 1895, t. CVI, p. 198. — P. GUIZETTI, *Il Policlin.*, 1896, n° 18 et 20, p. 405 et 495.

Quelquefois la muqueuse est seule détruite, mais en général le noyau d'induration envahit la peau. Au centre de la région violacée apparaît soit une tache noire, soit une phlyctène ichoreuse, et bientôt la joue subit une perforation par laquelle s'écoule une salive mêlée de sanie et de débris gangréneux. Tout autour, tant que la lésion s'étend, les tissus sont indurés, infiltrés; mais l'engorgement ganglionnaire est léger.

Pendant ce temps, les phénomènes généraux sont graves. Au début, la fièvre est souvent peu marquée, mais quand l'eschare s'étend elle devient ardente, avec pouls fréquent, subdélirium, prostration rapide, adynamie, état typhoïde, face grippée, refroidissement des extrémités; et la mort ne tarde point, en général du 5^e au 15^e jour, souvent précédée d'une diarrhée colliquative ou d'une broncho-pneumonie gangréneuse, indices de l'infection des voies digestives et aériennes par les produits septiques de la bouche. Ou bien, comme Hüter le signale, c'est une hémorragie par ulcération vasculaire qui emporte brusquement le malade. Pendant l'évolution de la lésion, les souffrances sont vives.

D'après les relevés de Tourdes⁽¹⁾, cependant, 27 pour 100 des sujets échappent à la mort. Mais c'est presque toujours au prix de délabrements hideux, de fistules, de pertes de substance, de constriction cicatricielle des mâchoires⁽²⁾. Heureux encore quand les dents ne sont pas tombées, quand la nécrose n'a pas détruit les rebords alvéolaires avec une partie plus ou moins étendue des corps des maxillaires.

Diagnostic. — L'erreur serait aisée avec différentes lésions gangréneuses, avec la pustule maligne, par exemple, si l'on n'avait la notion que ces gangrènes débutent par la peau et que, d'autre part, le noma est presque toujours secondaire.

Quant à la stomatite ulcéro-membraneuse, la confusion de Taupin et de Valleix est aujourd'hui condamnée, et l'on ne commet plus guère une erreur difficilement excusable, car la stomatite ulcéro-membraneuse n'est pas gangréneuse et destructive, n'est pas secondaire, a une marche lente, ne provoque pas l'œdème et l'induration des tissus sous-cutanés.

Traitement. — Un *traitement local* énergique a parfois enrayé le mal. Depuis longtemps, c'est aux cautérisations qu'on s'est adressé. Certains chirurgiens ont préconisé les applications profondes de caustiques chimiques, tels que les acides minéraux concentrés, le nitrate acide de mercure, le beurre d'antimoine. Mieux vaut, selon le conseil ancien déjà de Chopart et de Desault, recourir au fer rouge, avec lequel on fend largement l'eschare, puis on fait libéralement des mouchetures profondes dans la zone œdémateuse et on applique des pansements antiseptiques humides.

Le *traitement général*, tonique et stimulant, soutiendra les forces du malade. L'alcool surtout est indiqué.

Après guérison, il restera à intervenir contre les nécroses, les cicatrices, la constriction des mâchoires.

(1) TOURDES, Thèse de doct. de Strasbourg, 1848, n° 194.

(2) Voy. T. IV, p. 874.

III

ULCÉRATIONS — SYPHILIS — TUBERCULOSE

De longues descriptions seraient ici superflues, car les lésions énumérées dans cet article sont pour la plupart identiques à ce qu'elles sont aux lèvres ou à la langue.

Ainsi les *ulcérations non spécifiques*, d'origine dentaire, dues soit à un chicot (1), soit à une déviation de la dent de sagesse (2).

La *sypphilis*, à ses trois périodes, se localise quelquefois à la face interne des joues. Mais le *chancre* et les *plaques muqueuses* n'ont pas de caractères spéciaux. Une mention est suffisante pour un fait rare où G. Fischer (3) a vu la *sypphilis tertiaire* se limiter d'une façon presque exclusive à cette région.

La *tuberculose* n'est en général qu'un épiphénomène de la tuberculose labiale, dont elle présente du reste tous les caractères.

IV

TUMEURS DE LA JOUE

Kystes glandulaires. — Parmi les tumeurs, on observe à la muqueuse génienne des tumeurs glandulaires, sous forme d'adénomes kystiques, identiques aux tumeurs labiales que nous avons décrites. L'extirpation, facile d'ailleurs, peut seule les guérir.

Polypes. — Sabrazès a décrit des polypes de la face interne des joues (4). Ces tumeurs, dont Monnier a relaté ensuite une observation, appartiennent au type fibreux, muqueux ou fibrolipomiteux. Elles se traduisent, à la période d'état de leur évolution, par des symptômes très caractéristiques : sensation de corps étranger s'interposant entre les dents, gênant la mastication, troublant l'articulation des mots et surtout l'émission des sifflantes, provoquant une salivation incessante ; hémorragies résultant de fréquentes morsures qui entament la tumeur ; fétidité de l'haleine due à la présence de points sphacelés à la surface du polype.

Implantés sur la muqueuse génienne, en son milieu, ces polypes s'accroissent très lentement, sont bénins, ne rétrocedent pas, mais ne récidivent pas après ablation. Au début de leur évolution, quand ils forment une petite saillie hémisphérique, en bouton, étranglée à la base, leurs manifestations symptomatiques sont réduites au minimum. Dès qu'ils ont acquis le volume d'une noisette et qu'ils se pédiculisent, ils déterminent une sensation de gêne occasionnée par l'effort

(1) Voy. t. IV, p. 145.

(2) Voy. t. IV, p. 817.

(3) G. FISCHER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, Leipzig, 1885-1884, t. XIX, p. 127.

(4) SABRAZÈS, *Gaz. hebdomadaire de médecine moderne*, 25 septembre 1896. — L. MONNIER, *Bull. de la Soc. Anat.*, 1896, p. 476.

que fait incessamment la langue pour brider la tumeur et l'empêcher d'être mordue. Plus tard, quand ils ont l'aspect d'une pendeloque piriforme, mobile dans la cavité buccale, apparaissent les divers symptômes caractéristiques.

A la longue, le polype peut se transformer en un volumineux appendice charnu, exposé aux morsures, aux hémorragies, aux sphacèles, gênant l'articulation des mots et la mastication.

Sarcomes. — Il existe des sarcomes sous-muqueux de la joue (1), constituant une tumeur dure, qui gêne la parole et la mastication en s'interposant entre les dents, d'où des morsures fréquentes. La tumeur, recouverte d'épithélium épais, est lente à s'ulcérer. Cette lenteur et l'absence d'engorgement ganglionnaire sont des signes diagnostiques importants avec l'épithéliome.

De Saint-Germain a enlevé chez une fille un *lipome myxomateux* (2).

Épithéliome. — L'épithéliome de la face interne des joues n'est pas très rare, en général sous la forme infiltrante et végétante. Souvent c'est un épithéliome de la commissure, gagnant vers la joue. Mais souvent aussi il naît en pleine joue, et alors il commence volontiers sur la ligne interdentaire, ce qui conduit à admettre le rôle étiologique de lésions mécaniques faites par les dents ; O. Weber admet même que l'irritation par éruption vicieuse de la dent de sagesse est la cause de certains épithéliomes de la partie postérieure du vestibule buccal. Enfin, comme à la langue, l'épithéliome greffé sur leucoplasie existe à la joue.

Ces épithéliomes, dont l'aspect objectif n'a rien de bien particulier, semblent doués d'une grande malignité : Thiersch, O. Weber, Verneuil s'accordent à le proclamer. Le rebord alvéolaire est vite envahi, puis le pilier antérieur, l'amygdale, et une fois là, le néoplasme se trouve dans des tissus lâches où sa marche est rapide.

Après ablation, même précoce, la récurrence est à peu près constante. Toutefois, un opéré de Peyrot en a été indemne pendant trois ans, au bout desquels, la cicatrice restant saine, les ganglions se sont mis à dégénérer.

Le *traitement* consiste dans l'extirpation aussi rapide que possible. Lisfranc a enseigné qu'on pouvait en général conserver beaucoup de peau et, après ablation du néoplasme, réunir directement par la suture les lèvres de la plaie. Mais ces opérations parcimonieuses doivent être rejetées et presque toujours, pour que l'intervention soit suffisante, on sera conduit à enlever toute la joue. C'est dire que, pour éviter soit la perforation permanente, soit la constriction cicatricielle, une reconstitution autoplastique sera indispensable. Comme à la lèvre, le lambeau ne sera bon, c'est-à-dire non rétractile, que s'il est épidermisé sur ses deux surfaces. Pour les petites pertes de substance, on sera en droit de s'en

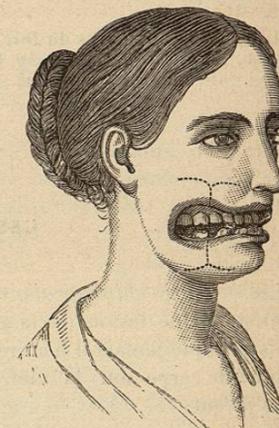


FIG. 50. — Génoplastie. (Roser.)

(1) HEURTAUX, *Journal de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1885, t. XVII, p. 511.

(2) DUFURNIER, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1890, p. 506.

tenir à un lambeau dont la face cruentée, tournée en dehors, sera traitée, à la période de granulation, par les greffes de Thiersch ou de Reverdin.

Mais lorsque l'intervention a été étendue, ce moyen devient insuffisant et il faut s'adresser à la génoplastie, en une seule ou en deux séances, avec des lambeaux adossés par leur face cruentée. Gersuny a indiqué un procédé pour faire pivoter un lambeau pris au cou. Israël, Hahn, ont taillé de longs lambeaux rectangulaires allant jusqu'à la base du thorax et relevés, face épidermique vers la bouche, de façon que leur extrémité libre soit assez longue pour se rabattre sur la face cruentée de la partie qui obture la plaie génienne. On peut encore opérer en deux séances, en appliquant sur la face cruentée, restée libre et devenue granuleuse, un lambeau pris au bras par la méthode italienne modifiée (1).

Ici encore, Verneuil a plaidé sans succès pour la restauration en deux temps (2).

CHAPITRE IV

MALADIES DES GENCIVES

La plupart des maladies des gencives, comme celles des dents, n'intéressent guère que le dentiste et non le chirurgien. Aussi seront-elles passées sous silence, et parmi celles que je mentionnerai, je me bornerai pour presque toutes à une ébauche rapide, ne donnant une description proprement dite que pour les épulis.

MAGITOT, art. GENCIVES du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1881, 4^e série, t. VII, p. 248. — SALTER, *A system of surgery by Holmes*, London, 1885, 5^e éd., t. II, p. 454. — HEATH (CHR.), *Encycl. intern. de chir.*, éd. franç., Paris, 1886, t. V, p. 528.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les *blessures chirurgicales* des gencives sont fréquemment observées par les dentistes. Une lésion de la gencive est inévitable quand on arrache une dent, mais presque jamais il n'en résulte d'inconvénient, à moins qu'avec le levier, la langue-de-carpe ou la clef, on n'ait trop endommagé le rebord alvéolaire sous-jacent.

Les *contusions* provoquées par les chutes ou les coups violents appliqués sur le menton ou sur la face sont sans importance et se traduisent par une simple ecchymose. Encore sont-elles relativement rares, car les lèvres et les joues abritent la gencive du contact des corps extérieurs.

(1) KÜSTER, *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1885, n° 50. — PIÉCHAUD, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1886, nouv. s., t. XII, p. 841. — ISRAËL, Seizième Congrès des chirurgiens allemands. *Comptes rendus*, t. II, p. 89. — GERSUNY (R.), *Centralblatt für Chir.*, Leipzig, 1887, p. 706.

(2) VISSAGUET, Thèse de doct. de Paris, 1877, n° 467.

Les *plaies proprement dites* sont d'abord des piqûres, fréquentes lorsqu'une arête de poisson, par exemple, s'engage entre deux dents. Mais c'est là un accident négligeable. De même les diverses plaies qu'on peut se faire en mangeant. Les seules solutions de continuité dont le chirurgien doit tenir compte sont celles qui accompagnent à peu près toutes les fractures du maxillaire et font, comme il a été dit précédemment (1), que ces fractures sont presque toujours compliquées.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

Les gingivites peuvent n'être qu'un élément des stomatites que j'ai étudiées dans le chapitre précédent. Telles sont les lésions gingivales des stomatites mercurielle, ulcéro-membraneuse.

D'autres ne sont qu'un épiphénomène de certaines affections de l'os sous-jacent, et je n'ai pas à revenir sur l'état de la gencive dans la nécrose phosphorée, sur les abcès gingivaux des péri-odontites. Rien à ajouter non plus sur l'inflammation et l'ulcération qu'amène si souvent aux gencives l'éruption des dents et surtout de la dent de sagesse.

D'autres encore ont un intérêt purement médical, et j'énumérerai simplement les gingivites saturnine, argyrique, cuprique, arsenicale, etc. Le chirurgien doit cependant connaître leur existence, car elles pourront attirer son attention sur certaines intoxications parfois utiles à démasquer.

A. — GINGIVITE AIGÜE

Dans les gingivites aiguës, la gencive est d'abord sèche, luisante, d'un rouge vif, légèrement épaissie. Bientôt elle se couvre d'une pellicule blanchâtre. Puis, au niveau du bord libre et des languettes interdentaires décollées, soulevées en de petites masses fongueuses, un liséré rouge vif apparaît en même temps que la sertissure des dents s'exulcère; et, suivant les cas, les fongosités remontent plus ou moins haut sur les couronnes dentaires, ou au contraire les collets se déchaussent. Les phénomènes fonctionnels sont une légère cuisson, des picotements, de la douleur à la mastication; la bouche, sèche au début, est bientôt inondée par l'hypersecretion salivaire, et l'haleine devient fétide.

Cette gingivite — dont un degré léger est vulgaire à la suite des dépôts tartriques et lorsque la propreté buccale laisse à désirer, ou bien lorsque des chicots non soignés garnissent le rebord alvéolaire — n'intéresse guère le chirurgien que par une de ses complications: l'adénite cervicale aiguë, subaiguë ou chronique, avec ou sans adénophlegmon. Même lorsque l'adénite n'est pas suppurée et n'exige pas par elle-même un traitement opératoire, elle est une indication formelle de traiter la gingivite.

Le traitement de la gingivite comporte des applications topiques diverses.

(1) Voy. t. IV, p. 771.