

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.

On emploie avec succès la teinture d'iode, la teinture de cochléaria, le borax. Les gargarismes et les collutoires au chlorate de potasse sont fort bons, et en outre on prescrira le chlorate de potasse à l'intérieur, car il est éliminé par la salive et de la sorte exerce une action incessante. Enfin, lorsque les gencives sont fongueuses, il sera indiqué de cautériser les saillies intermédiaires, soit avec l'acide chromique, soit mieux avec le fer rouge, et dans ce dernier cas, tout praticien peut suppléer au galvanocautère à l'aide d'une aiguille à tricoter rougie à la flamme d'une lampe à alcool. Si avec cela on veille à l'hygiène buccale, si on enlève les dépôts tartriques, si on extrait les chicots, la gencive guérit vite et souvent l'adénite se termine sans suppuration.

La *gingivite phlegmoneuse*, abstraction faite de celle qui complique les ostéites et nécroses du maxillaire, peut d'abord être circonscrite, et, par exemple, de petits abcès, insignifiants à vrai dire, peuvent se constituer autour de corps étrangers qui ont piqué la gencive. Dans la forme généralisée, qui parfois est la conséquence d'une gingivite simple non soignée, le derme est épaissi, gonflé, la surface est grenue, d'un rouge vif; la gencive molle, dépressible, saigne facilement et baigne dans un liquide séro-purulent; les dents, atteintes de périodontite par propagation, sont allongées, ébranlées, douloureuses au moindre contact; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés.

Si la gingivite est bien soignée, et c'est ici surtout que la cautérisation est efficace, elle guérit la plupart du temps en huit à quinze jours.

Mais, dans quelques circonstances, des plaques de sphacèle se constituent, et cela nous amène à signaler la *gingivite gangréneuse*, résultat d'une thrombose, dit Lancereaux, d'une artérite d'après Hayem, Lereboullet.

Cette gingivite ne s'observe guère que chez les enfants de trois à six ans. Elle débute par une phlyctène, siégeant d'ordinaire dans le fond du vestibule buccal et envahissant rapidement le bord gingival. Au-dessus se forme une eschare, entourée d'une ulcération qui s'étend. A la chute de cette eschare, on trouve souvent le maxillaire à nu, nécrosé. Cette affection est moins grave que le noma, quoique, une observation de H. Barth (*) en fait foi, elle puisse tuer par extension de l'eschare et pyohémie.

A tout prendre, l'analogie avec le noma est grande dans bon nombre de ces observations. Mais peut-être n'a-t-on pas toujours évité la confusion avec une ostéomyélite spontanée de la mâchoire provoquant une inflammation secondaire de la gencive.

B. — GINGIVITE CHRONIQUE

Les amas de tartre, les chicots dentaires, viennent d'être rangés parmi les causes des gingivites aiguës. Mais plus souvent ils provoquent et entretiennent des gingivites chroniques, les seules qui doivent nous occuper, car celles du scorbut ressortissent au médecin.

Les gingivites chroniques sont fongueuses ou hypertrophiques.

Dans la *forme fongueuse*, la muqueuse est épaissie; le bord libre, surtout au niveau des languettes interdentaires, fait un relief très accusé; la couleur générale est rouge sombre, et la surface granuleuse forme çà et là de petites végé-

(*) H. BARTH, *France méd.*, Paris, 1878, p. 557.

tations mamelonnées, papillomateuses, que baigne un suintement purulent. Molle, dépressible, saignant au moindre contact, la gencive est indolente ou à peu près. A l'ordinaire, cette gingivite reste stationnaire; mais elle peut passer à l'état hypertrophique ou devenir ulcéreuse.

La *forme hypertrophique* est caractérisée par un épaississement de la muqueuse avec formation de bourrelets irréguliers, durs et résistants, à surface lisse et polie. C'est un mode de terminaison des autres variétés de gingivites, par hypergénèse des éléments fibreux de la trame. Aussi voit-on fréquemment, en même temps que le bourrelet de la gingivite hypertrophique, un léger état fongueux du rebord gingival.

Le *traitement* est le même que pour la gingivite aiguë. On insistera sur la cautérisation ignée.

III

TUBERCULOSE DE LA GENCIVE

La tuberculose gingivale a des caractères objectifs et une étiologie semblables à ceux de la tuberculose labiale ou linguale. Il est donc suffisant de rappeler la possibilité de cette localisation, vue par Baginsky par exemple, et dont Ritter croit qu'on exagère un peu la rareté (*).

IV

SYPHILIS

On a observé le chancre de la gencive; les plaques muqueuses y sont banales surtout au niveau de la sertissure des dents et lorsque les dents sont en mauvais état; on a noté aussi, mais rarement, des lésions tertiaires. Dans tout cela, rien n'est bien spécial.

V

TUMEURS DES GENCIVES

On a pendant longtemps englobé sous le nom général d'*épulis* toutes les variétés de tumeurs qu'on trouve au niveau des gencives. Cette classification grossière est insuffisante aujourd'hui que les détails anatomiques et cliniques propres à chacune de ces variétés commencent à être mieux connus, et l'on tend à réserver le nom d'*épulis* aux tumeurs de nature conjonctive, c'est-à-dire aux fibromes et aux ostéosarcomes. Encore y a-t-il des distinctions à établir.

J'étudierai donc en autant de paragraphes séparés les tumeurs vasculaires,

(*) BAGINSKY, Société de méd. berl., 2 novembre 1887, *Berl. klin. Woch.*, 1887. — RITTER, Congrès internat., tenu à Berlin en 1890, d'après *Mercredi méd.*, p. 548.