

voir cesser tous les accidents, lors même qu'ils sont d'ancienne date.

L'absence de douleur locale rend souvent nécessaire l'extraction de plusieurs dents de la mâchoire supérieure; encore faut-il remarquer que ces lésions peuvent, quoique dans des cas excessivement rares, être la conséquence de la carie d'une dent inférieure (Salter).

La *surdité*, qu'on observe assez souvent à la suite de la carie des dents inférieures, a sans doute une pathogénie analogue à celle de l'amaurose: altération des sécrétions de l'endolymph et du périlymphe, irritation transmise à travers le ganglion optique sur les fibres auriculaires qui président à cette sécrétion (Muller), lésions de nutrition, etc. Quant aux caractères spéciaux de la surdité d'origine dentaire, si tant est qu'elle existe, ils sont complètement inconnus; tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'on ne trouve pas cité un seul exemple de surdité subite.

L'*otalgie* et les *bourdonnements* d'oreilles sont souvent symptomatiques de la carie dentaire. Plus rarement l'irritation réflexe va assez loin pour déterminer de l'*otorrhée* et des *ulcérations du conduit* (Tomes et Harvey). Ces otites ne tardent pas à céder à l'extraction de la dent malade.

C. *Troubles nerveux généraux*. — Les *convulsions* sont fréquentes à l'époque de la première dentition; elles sont, au contraire, très-rares à l'époque de la seconde; enfin, elles sont extrêmement rares dans les affections dentaires. On trouve cependant dans les *Observations sur l'épilepsie* de Portal, deux exemples évidents d'épilepsie à la suite d'éruption difficile de la dent de sagesse: dans le premier cas, les accidents disparurent après l'éruption complète de l'organe; dans le second, après l'extraction de la deuxième grosse molaire pour faire place à la dent de sagesse. Des accidents épileptiformes ont encore été observés à la suite de la carie dentaire, d'exostose des racines (Tomes). Dans tous les cas, la guérison ou l'amélioration ont suivi l'extraction de l'organe malade.

Citons enfin, comme complications exceptionnelles des affections dentaires, des *palpitations violentes avec douleur poignante du côté du cœur* (Remack), l'*arrêt alarmant de l'action du cœur* à la suite de la pose d'une dent à pivot (Austie), des *névralgies utérines*, l'*avortement* (Tyler Smyth), des *névralgies vésicales* (Hunter).

CHAPITRE IX

MALADIES DES GENCIVES

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES GENCIVES.

Les lésions traumatiques des gencives n'ont qu'une très-médiocre importance. Qu'il s'agisse d'une plaie, d'une contusion, d'une déchirure ou d'un décollement, la réparation se fait avec rapidité et sans accident. La

plaie est-elle simple? la réunion se fait par première intention. Il en est de même dans les cas de déchirure et de décollement; les tissus remplacés se recollent rapidement au moins dans la plus grande partie de leur étendue. Lorsque la plaie est contuse, il survient un gonflement inflammatoire quelquefois très-considérable; on pourrait craindre de voir le sphacèle s'emparer d'une grande partie de la gencive; mais bientôt, sous l'influence d'un traitement approprié, on voit le gonflement disparaître et ne laisser après lui qu'une perte de substance insignifiante.

L'hémorrhagie est généralement modérée et s'arrête d'elle-même; si elle persiste, on s'en rend facilement maître en appliquant sur la plaie de petits tampons de charpie ou d'amadou imbibés de perchlorure de fer.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES GENCIVES.

La *gingivite aiguë* ou *chronique*, le *ramollissement des gencives*, ne doivent pas faire l'objet d'une description à part. En effet, l'histoire de la gingivite généralisée se confond avec celle de la stomatite, qui est plutôt du ressort de la pathologie interne; il en est de même du ramollissement des gencives qui n'est que le symptôme d'un état général plus ou moins grave de l'organisme (scorbut, anémie par mauvaise alimentation ou alimentation insuffisante, etc.). Quant aux gingivites circonscrites, leur histoire a déjà trouvé ou trouvera sa place dans les parties de cet ouvrage consacrées à la carie dentaire, à l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (gingivite explosive).

En dehors des ulcérations scorbutiques ou de causes inflammatoires, les *ulcérations des gencives* sont rares. Les seules qu'on trouve mentionnées dans les auteurs sont: le *chancre induré*, le *cancroïde*, et peut-être l'*ulcère scrofuleux*. Ces lésions n'empruntent, du reste, aucun caractère particulier à la région, et le diagnostic en est généralement facile.

1° Tumeurs.

On observe sur les gencives plusieurs variétés de tumeurs qui naissent soit de la gencive elle-même, soit du périoste ou du tissu osseux alvéolaire ou interalvéolaire.

Parmi ces tumeurs, il suffira de mentionner les *tumeurs érectiles* qui se présentent avec leurs caractères habituels. Je ne crois pas devoir insister davantage sur les tumeurs désignées sous le nom de *polypes des gencives*, de *papillomes*, et qui sont constituées par des hypertrophies partielles. Je décrirai seulement ici l'*hypertrophie congénitale des gencives* et l'*épulis*.

A. Hypertrophie congénitale.

Cette affection, qui paraît très-rare, a été observée pour la première

fois par Salter (1) en 1859. Gross (2), Heath (3) et Watermann (4) en ont décrit depuis trois nouveaux exemples.

L'hypertrophie des gencives a été remarquée dès les premiers mois qui ont suivi la naissance, et ses progrès ont été généralement assez rapides.

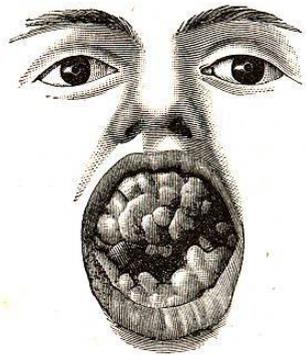


FIG. 160. — Hypertrophie congénitale des gencives.

La tuméfaction, qui occupe tantôt également, tantôt inégalement les deux mâchoires, peut acquérir un volume assez considérable pour empêcher l'occlusion de la bouche. On observe alors une masse rosée, lobulée, dense, insensible, faisant saillie entre les lèvres maintenues écartées. Dans un cas de Mac-Gillivray, cité par Heath (fig. 160), les excroissances énormes naissaient principalement de la face linguale de la portion alvéolaire des mâchoires; la face labiale était relativement saine; ces excroissances recouvraient la voûte palatine.

On a pu reconnaître que cette affection est parfois constituée par une hypertrophie portant à la fois sur les gencives et les bords alvéolaires. L'examen histologique a fait constater un développement considérable des papilles.

La maladie n'entrave pas nécessairement le développement des dents qui restent enfouies au milieu des excroissances gingivales. Dans le cas de Salter, il est dit que les dents avaient un volume insolite et s'étaient développées prématurément.

On ne sait rien sur les causes de l'hypertrophie congénitale des gencives. Les auteurs indiquent que les sujets étaient scrofuleux, d'une intelligence médiocre; le malade de Salter était épileptique. Enfin on a aussi signalé comme lésion concomitante un développement exagéré des poils à la surface du corps.

Le traitement a consisté dans l'excision et la cautérisation des parties exubérantes. Dans le fait de Mac-Gillivray représenté fig. 160, l'excision de la masse se fit en trois séances, à quelques jours d'intervalle; les parties molles furent enlevées avec le bistouri; quant à la portion alvéolaire, elle fut excisée avec la pince de Liston. L'hémorrhagie, assez abondante, fut arrêtée par le fer rouge. Le résultat fut très-satisfaisant et la récurrence ne semble pas avoir eu lieu.

(1) *Holme's System of Surgery*, vol. IV, p. 342.

(2) *System of Surgery*, 2^e édit., vol. II, p. 535.

(3) *Injuries and Diseases of the Jaws*, p. 189.

(4) *Boston Med. and Surg. Journ.*, avril 1869.

B. Épulis.

Sous le nom d'épulis (*ἐπι*, sur, *ὄλον*, gencives) on a confondu plusieurs variétés de tumeurs, différentes les unes des autres par leur structure, mais présentant comme caractères communs leur origine sur les bords alvéolaires et leur tendance à envahir les parties saines de la gencive.

MAGITOT, *Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire*. Paris, 1859.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans l'immense majorité des cas, les épulis sont des sarcomes, dont on distingue plusieurs variétés, suivant la nature des éléments qui prédominent dans la tumeur. Les variétés de sarcome le plus souvent observées aux gencives sont, par ordre de fréquence: le sarcome à cellules myéloïdes (*tumeurs à myéloplaxes et à médullocelles*), le sarcome fasciculé (*tumeurs fibro-plastiques de Lebert*), et le sarcome à cellules géantes. Il n'est pas rare de trouver au milieu du tissu sarcomateux du tissu osseux ou du tissu cartilagineux; on donne à ces tumeurs le nom de *sarcomes ossifiants* ou de *chondrosarcomes*.

L'épulis sarcomateuse prend naissance dans le périoste, et, plus particulièrement pour la variété à cellules myéloïdes, à la face profonde de cette membrane. Les auteurs ne sont pas d'accord lorsqu'il s'agit de préciser davantage le siège primitif de la production morbide: pour les uns, elle a son point d'attache dans l'espace interdentaire; pour d'autres, dans le périoste alvéolo-dentaire, soit au niveau du collet de la dent (Salter), soit plus profondément (Magitot). D'après le professeur Dolbeau, l'épulis à myéloplaxes naît de la paroi alvéolaire elle-même, et plus spécialement dans une cloison commune à deux alvéoles. La chose est vraie pour certains cas; mais, dans d'autres, la tumeur naît manifestement de la face profonde du périoste aux dépens de la couche de moelle osseuse qui se trouve en ce point.

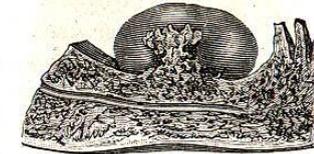


FIG. 161. — Épulis sarcomateuse naissant de la paroi interalvéolaire.

Quel que soit son siège primitif, la tumeur se développe du côté de la bouche, repoussant devant elle le périoste et la muqueuse gingivale, les parois alvéolaires et les dents. Elle n'a que peu de tendance à se propager dans l'épaisseur du tissu osseux, et c'est par exception qu'on la voit pénétrer profondément dans la mâchoire, à moins qu'elle ne trouve dans le voisinage une cavité peu protégée, comme l'antre d'Highmore; elle peut alors y envoyer des prolongements qui atteignent un volume quelquefois considérable.

La tumeur est tantôt sessile, tantôt pédiculée; à vrai dire, le point d'attache est toujours très-peu étendu au début, mais il s'élargit souvent plus tard au point d'occuper toute la moitié d'une mâchoire.

Dans des cas plus rares, l'épulis est un *épithélioma* et plus particulièrement un *épithélioma tubulé*. Le siège primitif de la tumeur peut être le même que pour l'épulis sarcomateuse : périoste alvéolo-dentaire (Magitot), tissu osseux, surtout à la mâchoire supérieure (Ranvier). L'épulis épithéliale se développe non-seulement du côté de la cavité buccale, mais encore du côté de l'épaisseur de l'os ; elle est essentiellement envahissante.

SYMPTOMATOLOGIE. — La description de l'épulis peut être divisée en trois périodes : 1^o période inter- ou intra-alvéolaire, 2^o période sous-périostique, 3^o période sus-périostique.

Première période. — Tant que la production morbide est encore contenue dans l'épaisseur du bord alvéolaire, les symptômes sont nuls ou extrêmement vagues, et consistent dans de la tension, des odontalgies répétées et que rien n'explique, l'ébranlement des dents. Ces accidents nécessitent à un moment donné l'extraction ou amènent la chute d'une ou de plusieurs dents.

Deuxième période. — Lorsque la tumeur a son siège primitif dans le périoste alvéolo-dentaire et qu'elle a amené la chute d'une dent, elle apparaît à la place occupée par celle-ci sous forme d'une petite excroissance arrondie, lisse, rouge, non douloureuse, de la grosseur d'un pois ou d'une cerise. Lorsqu'elle prend naissance dans l'espace interdentaire ou dans la cloison interalvéolaire, elle se montre d'emblée à l'extérieur sans avoir occasionné aucun des symptômes de la première période ; à partir de ce moment, la marche de l'affection est la même, quelle qu'en soit l'origine.

La tumeur se développe progressivement, lentement, et s'étale sur l'une et l'autre face de la gencive, en repoussant au devant d'elle le périoste et la muqueuse ; elle est lisse, non lobulée, et se moule exactement sur les organes environnants. A la mâchoire supérieure, elle s'avance du côté du palais, présentant sur sa face inférieure une concavité en rapport avec la convexité de la langue ; du côté de la joue, elle est convexe et remonte sur la face externe de l'os. A la mâchoire inférieure, elle fait saillie du côté du plancher de la bouche, repoussant la langue dont elle conserve l'impression, et du côté du vestibule buccal où elle est convexe et se moule sur la joue. Enfin, elle présente encore l'empreinte des dents avec lesquelles elle se trouve en rapport.

L'épulis est dense, élastique, rénitente, et présente la coloration de la gencive lorsque l'élément fibro-plastique prédomine ; elle est, au contraire, rouge lie de vin, et offre moins de consistance lorsqu'il y a prédominance des cellules myéloïdes. La richesse vasculaire de l'épulis est quelquefois assez considérable, surtout dans les tumeurs à myélopaxes,

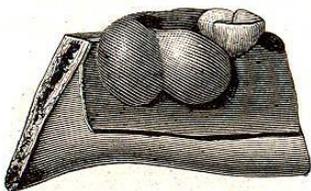


FIG. 162. — Épulis.

pour donner lieu à de véritables pulsations en certains points de la tumeur. Mais c'est à tort qu'on prétendrait juger du degré de vascularité d'après le degré de coloration ; on sait, en effet, que, dans les tumeurs à myélopaxes, la coloration rouge violacée ou lie de vin appartient en propre aux éléments anatomiques.

L'épithélioma des gencives offre souvent, à cette période, tous les caractères du sarcome ; cependant il présente assez fréquemment une disposition lobulée ou en chou-fleur. Cette disposition était remarquable dans un cas observé dans le service de Verneuil et qui m'a été communiqué par Foix ; la tumeur fut considérée, jusqu'à l'examen anatomique, comme étant de nature sarcomateuse.

La durée de cette seconde période, pendant laquelle la tumeur ne s'accroît que lentement, est éminemment variable ; elle se compte par mois et même par années. Cette longue durée s'observe quelquefois même dans l'épithélioma, puisque, dans le cas déjà cité, la tumeur était restée pendant sept ans sans faire de progrès notables.

Troisième période. — Lorsque la production morbide a franchi la barrière que lui formait le périoste et a pénétré ainsi dans la couche de tissu cellulaire sous-jacente à la muqueuse, elle prend tout à coup un développement rapide : en quelques semaines ou quelques mois, elle double ou triple de volume ; elle s'étale du côté de la voûte palatine, sur laquelle il n'est pas rare de la voir dépasser la ligne médiane ; en arrière elle atteint les piliers du voile du palais ; en dehors elle repousse les parties molles de la joue en s'étalant sur la face externe de l'os maxillaire. Elle se moule si exactement sur ces diverses parties qu'elle paraît immobile et adhérente ; cependant on peut toujours lui communiquer quelques mouvements et introduire entre elle et le palais, dans une certaine étendue, un instrument aplati, tel qu'une spatule ; mais il est le plus souvent impossible, par ce procédé ou par l'usage du stylet, de limiter, même approximativement, l'étendue de son pédicule ou de sa base d'implantation.

A la mâchoire inférieure, la tumeur s'étale également sur l'une et l'autre face de la mâchoire, sur le plancher buccal, dans le vestibule de la bouche, pour remonter, en se réfléchissant au fond du sillon gingivo-buccal, sur la face profonde de la joue.

A cette période, la tumeur présente presque toujours des points d'inégale consistance ; ici elle est dure, élastique, tandis qu'à côté elle est molle, dépressible ou même franchement fluctuante, dans le cas où elle est creusée de cavités kystiques ; dans d'autres points enfin, elle est nettement pulsatile.

Abandonnée à elle-même, l'épulis aboutirait à l'ulcération ; mais la gêne qu'elle occasionne, soit pour la mastication, soit pour l'articulation des sons, oblige le malade à recourir à l'opération avant que le mal soit arrivé à ce degré. D'ailleurs, la muqueuse qui recouvre l'épulis est presque toujours le siège d'une inflammation pulpeuse qui a son siège dans les par-

ties soumises à des irritations répétées. C'est ainsi qu'on voit l'empreinte des dents tapissée d'une membrane molle, pulpeuse, friable, de coloration blanche ou grisâtre, ou encore colorée en rouge ou en brun par les aliments. Il suffit de détacher avec la spatule cette fausse membrane pour se convaincre que la muqueuse n'a subi aucune perte de substance.

L'infection ganglionnaire appartient en propre à cette période. Elle est rare, sans doute, mais elle existe dans le sarcome et plus particulièrement dans le sarcome fasciculé (*tumeur fibro-plastique*); elle est au contraire fréquente et même fatale à une certaine époque dans l'épithélioma. Elle se traduit par l'engorgement et l'induration des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux supérieurs, ou même sus-hyoïdiens, lorsque, par exception, la production morbide a son siège dans la portion incisive de l'arcade alvéolaire inférieure.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic, pour être complet, exige la solution des trois questions suivantes : 1° Y a-t-il épulis? 2° Quel en est le siège? Quelle en est la nature?

1° *Y a-t-il épulis?* — Pour plus de précision, nous établirons le diagnostic différentiel à chacune des trois périodes de la maladie.

A la première période, la tumeur sarcomateuse ou épithéliale ne saurait être distinguée des autres tumeurs qui ont leur siège au bord alvéolaire; ce n'est qu'après l'extraction de la dent, et lorsque celle-ci entraîne avec elle la tumeur, que l'examen anatomique permet de se prononcer sur sa nature.

A la seconde période, l'épulis peut être confondue avec les *polypes*, les *tumeurs érectiles*, les *anévrismes de l'artère dentaire*.

Les tumeurs désignées à tort sous le nom de *polypes* ne sont autre chose que des fongosités qui se développent, soit aux dépens de la pulpe dentaire, soit aux dépens des gencives, sous l'influence de l'irritation produite par la carie dentaire; elles prennent peu d'accroissement, ne sont douloureuses qu'autant qu'elles sont meurtries ou déchirées par les dents opposées ou par le bord déchiqueté de la dent cariée. Revêtues d'un épithélium mince, elles saignent facilement et donnent lieu à de la suppuration. A ces caractères, il est généralement facile de les distinguer de l'épulis; une erreur de diagnostic serait, du reste, sans inconvénient, puisque ces tumeurs réclament le même traitement: l'excision et la cautérisation de leur point d'implantation, après extraction préalable de la dent cariée ou du chicot resté dans l'alvéole.

Les *tumeurs érectiles* des gencives siègent quelquefois au niveau du bord alvéolaire et ont leur point d'implantation dans le tissu spongieux de la mâchoire. Lorsqu'elles ont pris un certain développement, elles sont molles, compressibles, animées de battements et saignent abondamment quand elles sont atteintes par la brosse à dents. On pourrait donc tout au plus les confondre avec les épulis pulsatiles, formées par les tumeurs à myéloplaxes.

Or, la tumeur érectile se distingue de l'épulis : 1° parce qu'elle est congénitale et qu'elle a été précédée pendant un temps variable par une élévation rouge clair, légèrement saillante; 2° parce qu'elle est complètement réductible, tandis que l'épulis ne fait que diminuer de volume par la pression; 3° parce qu'elle est pulsatile dans toute son étendue, tandis que l'épulis ne l'est qu'en un ou plusieurs points.

Les *anévrismes de l'artère dentaire inférieure* sont extrêmement rares. Il n'en existe que deux observations dans la science : la première, due à Ruzf (1); la seconde, à Heyfelder (2). Dans les deux cas on constatait, dans la partie externe de la gencive, une petite tumeur molle, fongueuse, arrondie, de la grosseur d'un petit pois (Ruzf), de trois ou quatre lignes de diamètre (Heyfelder). Dans les deux cas, des hémorragies répétées appelèrent l'attention. Dans le fait de Heyfelder, la tumeur était située entre les deux incisives et la canine du côté droit; elle présentait des pulsations isochrones aux battements du cœur et à ceux de l'artère radiale; dans celui de Ruzf, l'anévrisme siégeait au niveau des grosses molaires gauches qui étaient vacillantes et soulevées par un mouvement pulsatif. La malade de Ruzf succomba à une hémorrhagie foudroyante; celui de Heyfelder mourut du choléra, et, dans les deux cas, l'autopsie permit de constater l'existence d'une excavation creusée dans l'épaisseur de l'os et comprenant toute l'étendue du canal dentaire.

A la troisième période, lorsque la tumeur a pris un développement énorme, l'exploration avec le stylet et la spatule, l'absence de crépitation parcheminée, sauf les cas rares de sarcome ossifiant dans lesquels le tissu osseux se trouve superficiellement situé et, par-dessus tout, les commémoratifs, apprenant que le mal était situé primitivement à l'arcade alvéolo-dentaire, viendront éclairer le diagnostic et permettront d'affirmer qu'il s'agit d'une épulis.

2° *Quelle est la nature de l'épulis?* L'épulis *sarcomateuse* est lisse, non lobulée, et les irrégularités, dépressions ou prolongements en languette qu'elle présente quelquefois, lui sont imprimées par la résistance des parties environnantes sur lesquelles elle se moule. Dans le sarcome *fasciculé* (*tumeur fibro-plastique*), la couleur est rosée comme celle de la gencive, la vascularité est peu marquée; dans l'épulis à *myéloplaxes*, au contraire, la tumeur est souvent violacée ou lie de vin, la vascularité du tissu est plus considérable; elle est quelquefois animée, en certains points, de pulsations isochrones à celles du pouls; enfin les kystes appartiennent en propre à ces deux dernières variétés d'épulis.

L'*épithélioma* est ordinairement lobulé ou en chou-fleur; sa marche est généralement plus rapide; l'engorgement ganglionnaire y est plus fréquent. Ajoutons qu'il est essentiellement envahissant et que les maxillaires sont plus fréquemment et plus rapidement altérés que dans les

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 1^{re} série, t. I, p. 119.

(2) *Bullet. de la Soc. de chir.*, 1856, t. VII, p. 190.

autres formes d'épulis. Aussi l'épithélioma des gencives détermine-t-il plus souvent des accidents névralgiques (odontalgie, otalgie) et plus tard de l'anesthésie de la partie correspondante du menton, par compression du nerf dentaire, lorsqu'il siège à la mâchoire inférieure.

ÉTILOGIE. — L'étiologie du sarcome et de l'épithélioma des gencives est obscure comme celle de ces tumeurs en général. L'irritation paraît cependant, dans certains cas, jouer un certain rôle. Dans un cas, observé par de Morgan, la tumeur contenait une masse osseuse isolée qui fut reconnue pour appartenir à l'alvéole sous-jacente. Dans un autre cas observé par Tomes, un chicot dentaire, dont la couronne s'était brisée cinq ans auparavant, fut trouvé au centre d'une épulis.

L'épulis est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, chez les jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans que chez les adultes et les vieillards; on sait, du reste, que le sarcome est en général rare au-dessus de quarante ans.

L'épithélioma, au contraire, est une affection de l'âge adulte ou de la vieillesse; on l'observe rarement avant l'âge de trente ans.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'épulis *sarcomateuse* est généralement peu grave. Le sarcome des gencives diffère sous ce rapport du sarcome des mâchoires, et surtout de celui de la mâchoire supérieure. L'infection ganglionnaire est rare et tardive; l'infection générale est plus rare encore. Cependant ces tumeurs sont susceptibles de se généraliser. Terrillon en a rapporté, dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1872, un bel exemple observé dans le service d'Alph. Guérin. A l'autopsie de la malade, opérée deux ans auparavant d'une épulis de la mâchoire inférieure, on trouva tous les os atteints de dégénérescence sarcomateuse et d'ostéoporose.

La récidive sur place est, au contraire, fréquente, ce qu'il faut probablement attribuer, avec les auteurs du *Compendium*, à ce que l'opérateur n'a pas assez franchement dépassé les limites du mal.

Le pronostic de l'épulis *épithéliale* est plus grave; outre la tendance à la récidive, cette variété amène le plus souvent l'infection ganglionnaire avec ses conséquences.

TRAITEMENT. — L'épulis, quelle qu'en soit la nature, doit être énergiquement traitée. Aussi la *ligature* et l'*excision* simple sont-elles insuffisantes et fatalement suivies de récidive. La *cautérisation* est également un moyen infidèle.

La *résection* de la portion correspondante du bord alvéolaire seule ou précédée de l'excision de la tumeur est, sans contredit, le meilleur procédé; c'est le seul qui permette de dépasser franchement et d'une manière certaine les limites du mal. On la pratique, soit avec la tricoise, soit avec un fort bistouri ou tel autre instrument approprié. L'hémorragie qui suit l'opération est généralement sans importance; on s'en rend facilement maître avec l'eau froide ou la glace; il est rare qu'on soit obligé d'employer le perchlorure de fer ou le fer rouge.

CHAPITRE X

MALADIES DES MACHOIRES

LES LÉSIONS TRAUMATIQUES des mâchoires ayant été déjà décrites dans cette partie de l'ouvrage qui traite des *fractures* et des *luxations*, nous aborderons tout de suite l'étude des lésions vitales et organiques.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES MACHOIRES.

Cet article sera divisé en deux paragraphes comprenant : 1° les lésions vitales et organiques des maxillaires, et 2° les lésions vitales et organiques de l'articulation temporo-maxillaire.

Nous indiquerons tout de suite un certain nombre de travaux se rapportant aux maladies des mâchoires en général.

VIDAL, *De morbis maxillæ inferioris*. Thèse de conc., 1830. — GENSOUL, *Lettre chirurgicale sur quelques maladies graves du sinus maxillaire et de l'os maxillaire inférieur*. Paris, 1833. — HEATH, *Injuries and diseases of the Jaws*. London, 1863. — SALTER, *Diseases of the Jaws (Holme's System of Surgery, nouvelle édition, t. IV)*.

§ I. — Lésions vitales et organiques des maxillaires.

1° Ostéo-périostite et ostéite.

On doit distinguer plusieurs variétés de périostite et d'ostéite des maxillaires, selon que l'inflammation est localisée au bord alvéolaire ou qu'elle envahit le corps même des maxillaires, affectant alors, soit la périphérie, soit le centre même de l'os. Nous décrirons donc successivement : A, l'*ostéo-périostite du bord alvéolaire*; B, l'*ostéo-périostite du corps des maxillaires*, et C, l'*ostéite centrale des maxillaires*.

A. Ostéo-périostite du bord alvéolaire.

Cette ostéo-périostite se présente sous deux formes essentiellement distinctes : l'une, déjà décrite sous le nom de *périostite alvéolo-dentaire*, est secondaire et reconnaît pour cause la carie ou les autres affections des dents; l'autre, primitive et idiopathique, devra seule nous arrêter.

Cette dernière affection, désignée encore sous les noms de *gingivite expulsive* ou plus exactement d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, consiste dans une phlegmasie spéciale du périoste alvéolo-dentaire, à marche essentiellement chronique, et qui amène le décollement, la suppuration du périoste et finalement la chute des dents.

MARCHAL (DE CALVI), *Note sur une affection non décrite des gencives (gingivite expulsive)* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 10 sept. 1860, et *Union médicale*,