



TÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

2

THÈSE

45

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Mal Perforant Buccal

SIGNE DE TABÈS SUPÉRIEUR

PAR

M. Gaston DESFORGES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER



OLLIÉ-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

PARIS (VI^e Arr.)

1922

24

1000

1000

45

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

42

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1922

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Mal Perforant Buccal

SIGNE DE TABÈS SUPÉRIEUR

PAR

M. Gaston DESFORGES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER



OLLIER-HENRY

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

PARIS (VI^e Arr.)

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
Hygiène et clinique de la première enfance	WIDAL.
Clinique des maladies des enfants	GILBERT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MARFAN
Clinique des maladies du système nerveux	NORCOURT
Clinique des maladies contagieuses	CLAUDE
Clinique chirurgicale	JEANSELME.
Clinique ophtalmologique	PIERRE MARIE.
Clinique des maladies des voies urinaires	TEISSIER
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	LEJARS.
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN
Clinique thérapeutique	GOSSET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	DE LAPPERSONNE
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEGUEU
Clinique propédeutique	BAR
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU
	J.-L. FAURE
	AGUSTE BROCA
	VAQUEZ
	SEBILÉAU.
	DUVAL.
	SERGENT.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	FIESSINGER	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	GARNIER	LE LORIER	BETTERER
BAUDOIN	GOUGEROT	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHEPIÈRE	GREGOIRE	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GUENOT	LEREBŒULLE	ROUSSY
CAMUS	GUILAIN	LEBI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLEMINOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (Anselme)
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	MATHIEU	TANON
CHIRAY	JOYEUX	METZGER	TERRIEN
CLERC	LABBÉ HENRI	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LAIAGNE-LAVAS-	MULON	VILLARET
DESMAREST	TINE.	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Nous n'oublierons jamais ses sages
conseils, ni l'exemple de sa vie faite de
travail, de probité, de dévouement.*

A MA MERE

*En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.*

A MA FEMME

A MA FILLE DENISE

A MES MAITRES, A MES AMIS

DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

En reconnaissance de sa bienveillance et pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

HISTORIQUE

Léon Labbé, le premier, en 1868, à la Société de Chirurgie, a relaté une observation très détaillée d'un mal qu'il dénomma « affection singulière des arcades dentaires », et qui représente bien l'ensemble des signes de ce que l'on appelle communément le mal perforant buccal.

Depuis il a été publié d'assez nombreuses observations, sous diverses dénominations : affection singulière des arcades dentaires (mais rapidement il ne fut plus question de ce titre), résorption progressive des arcades alvéolo-dentaires et de la voûte palatine, chute spontanée des dents, atrophie du maxillaire supérieur, mal perforant buccal.

En 1885, Manhoa montre que cette affection n'évolue guère qu'au cours de l'ataxie locomotrice.

En 1893, à l'occasion d'une présentation à la Société de Dermatologie, M. le Professeur Fournier, crée le mot de mal perforant buccal.

A Paris, les principales thèses parues sont celles de Baudet 1898, Henry 1905, Béal 1912

Des dentistes et stomatologistes ont publié des cas très intéressants où ils ont cherché à élucider le mécanisme de la lésion, et à appliquer les ressources de la prothèse.

Les altérations anatomiques ont été étudiées à l'occasion d'autopsies, par Demange (2 cas), Paillard (1 cas) Mlle Weisberg (1 cas), Pacetti (1 cas), ou de biopsies (Leclercq).

Aujourd'hui on considère que la chute des dents, la résorption de l'arcade alvéolaire supérieure, le mal perforant buccal, c'est-à-dire avec ulcération perforante de voûte palatine, juxta-alvéolaire, sont, sinon des étapes, en tout cas des formes d'une même affection, faisant parfois partie d'un syndrome constituant le tabès supérieur. L'étude de nombreuses observations antérieures, confirme cette opinion.

M. Klippel, médecin de l'hôpital Tenon, que nous remercions de nous avoir fait l'honneur de nous confier une observation, a étudié un ensemble de troubles sensoriels de la sphère du trijumeau, signes du tabès supérieur dont le mal perforant buccal est un trouble tunique.

Les examens du système nerveux central et plus spécialement des noyaux des nerfs trijumeaux, a montré que l'association de ces divers troubles était sous l'influence d'une même cause : l'intensité de la sclérose des noyaux des nerfs crâniens, trijumeaux, glosso-pharyngiens, etc.

SYMPTOMATOLOGIE

C'est une ulcération à peu près toujours indolore, avec un peu de suintement, peu de saignement, et rebelle à la cicatrisation durable. Ce trouble trophique se voit assez souvent à la plante du pied, plus rarement à la paume de la main, et très exceptionnellement à la bouche.

Cette affection est beaucoup plus rare encore chez la femme ; cependant il y a quelques observations.

D'ordinaire le premier symptôme en date est la chute des dents, mais il n'en est pas toujours ainsi, et bien souvent il y a des prodromes indiquant précisément la participation des nerfs crâniens : des sensations anormales au niveau des gencives, battements, agacements, corps étranger qui semble écarter les dents, phénomènes névralgiques, douleurs fulgurantes, lancinantes en coup de couteau, parfois un véritable tic douloureux de la face, avec spasme de l'orbiculaire des paupières et des muscles du cou.

Nous avons noté aussi dans beaucoup d'observations d'autres symptômes tels que ceux qu'à décrits Klippel

dans le tabes supérieur : la céphalée permanente, avec ou sans crises aiguës, l'abolition de l'odorat et du goût, l'anesthésie nasale et linguale, la salivation plus abondante et même une véritable sialorrhée qui peut être extrême, la paresthésie nasale et linguale, la perversion de l'odorat et du goût ; des crises nasales avec aura paresthésique dans la sphère du trijumeau ; la crise nasale est provoquée par un trouble de la sensibilité générale et non de la sensibilité spéciale de l'odorat ; ces crises nasales peuvent être motrices, avec éternuements par accès, ou hypersécrétoires ; il y a à signaler parfois aussi de la perversion de la sensibilité spéciale, goût amer, goût de terre, goût désagréable, langue saburrale névropathique ; de l'hémiatrophie de la langue. Dans des cas de ce genre, Klippel a trouvé des lésions dans les racines de presque tous les nerfs sensitifs du mésocéphale et jusque dans le ganglion d'Andersch du nerf glosso-pharyngien.

Parmi les perversions du goût, notons qu'un malade éprouvait la même sensation de doux en avalant du sucre et de la quinine.

L'anesthésie tactile et douloureuse est à peu près constante au niveau des dents, et au niveau des fistules et perforations, et plus ou moins étendue sur le territoire du trijumeau, et en tous cas sur celui du nerf maxillaire supérieur.

La thermo-anesthésie est moins souvent observée.

La chute des dents est le premier signe révélateur, d'ordinaire. Souvent la maladie en reste là et très nombreuses sont les observations où ce signe est indiqué,

au cours du tabes. Les dents tombent isolément, ou plusieurs à la fois ; d'ordinaire, elles tombent d'abord au maxillaire supérieur, et ce sont d'abord les molaires. Elles finissent souvent par tomber toutes. La chute est indolente, le malade cueille ses dents qui sont d'ordinaire saines. C'est le type de la chute « spontanée ».

Ces dents sont saines et remarquablement solides. Parfois, cependant, il y a de la carie et la couronne est usée jusqu'à la cavité pulpaire.

Puis le rebord alvéolaire se résorbe, et cela aux deux maxillaires, mais toujours, sauf exception, la lésion est plus accentuée au maxillaire supérieur. Les procès alvéolaires disparaissent peu à peu jusqu'à ce qu'on ne trouve plus au maxillaire supérieur qu'une lame triangulaire à sommet antérieur, plane et dont la périphérie forme à peine saillie au-dessous du cul-de-sac gingivo-jugal, et cela est surtout frappant lorsque l'atrophie est unilatérale.

Parfois la lésion ne s'arrête pas là. Au bout d'un temps plus ou moins long, qui peut durer des années, l'épaisseur des lames osseuses diminuant de plus en plus, une ulcération apparaît, puis une perforation se constitue, avec le sinus maxillaire presque toujours, quelquefois avec les fosses nasales jusqu'à permettre de voir les cornets, et de toucher le plancher de l'orbite.

L'ulcération de la muqueuse, début de la perforation a les caractères d'une ulcération tabétique, elle a un fond bourgeonnant, fongueux, grisâtre, déprimé, donnant issue à une sécrétion puriforme fétide, indolente complètement.



En l'explorant avec un stylet, on découvre souvent une ou des fistules, et ce stylet s'enfonce plus ou moins tôt, plus ou moins vite dans le sinus, suivant que celui-ci descend plus ou moins bas, et que son prolongement alvéolaire est plus ou moins développé et bas situé.

Les phénomènes peuvent en rester là ; mais d'autres fois, aussi, une véritable perforation s'installe. Cette solution de continuité osseuse est unilatérale ou bilatérale ; on peut y introduire quelquefois le médius. La perforation, en dehors confine à la joue, en avant s'avance vers les lèvres, en arrière s'étend jusqu'aux apophyses ptérygoïdes, en dedans tend à se rapprocher de plus en plus de la ligne médiane ; l'os bordant n'est pas nécrosé et il résiste à la pression du doigt ; le contour est irrégulier, à grand axe antéro-postérieur, celui-même du rebord alvéolaire.

La mastication est gênée, les liquides refluent par le nez, les solides pénètrent dans le sinus. Certains malades s'ingénient à obturer l'orifice de perforation avec de la mie de pain, ou une boulette de coton.

Sabrazès et Fauquet ont publié un cas dans lequel une avulsion dentaire chez un tabétique a entraîné l'extraction de tout le bord alvéolaire du maxillaire supérieur allant des molaires de gauche aux molaires de droite.

L'hémorrhagie est rare. Cependant, dans l'observation de Klippel, elle fut abondante, à chaque chute de dent. Dans l'observation de Léon Labbé, le malade perdit, à plusieurs reprises, une grande quantité de sang, au point d'être obligé de faire tamponnement et cautérisation.

Des séquestres, avec toutes les lésions classiques de la nécrose, sont signalés souvent, au point que Izard a décrit une forme nécrosante. Ces séquestres sont plus ou moins nombreux, plus ou moins étendus, faciles à enlever quand ils ne s'éliminent pas tout seuls, sans fièvre ni gêne notable, avec suppuration plus ou moins abondante.

DIAGNOSTIC

Rien ne ressemble au mal perforant buccal. La chute plus ou moins complète des dents, plus ou moins spontanée l'a précédé de plus ou moins longtemps ; il siège en général au maxillaire supérieur, loin de la ligne médiane vers laquelle il tend seulement ; il débute au niveau des premières molaires, ou plutôt de l'emplacement qu'elles occupaient ; il est à grand axe antéro-postérieur, fait communiquer la bouche avec le sinus et plus ou moins directement les fosses nasales ; il s'accompagne de troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale sur le territoire des nerfs trijumeaux et sensoriels. Chute de dents, ulcération, fistule, sont d'ordinaire les trois premières étapes du mal qui peut s'arrêter à chacune de ces étapes ; le tout coïncide avec des signes de tabes, et d'ordinaire, les signes du tabes supérieur (troubles sensitifs et sensoriels, de la face, de la tête et du cou, névrite optique, etc.).

Syphilis, cancers, tuberculose, mycoses, ostéites et ostéo-périostites surtout à point de départ dentaire, diabète, syringomyélie ne donnent lieu à aucun ensem-

ble symptomatique aussi régulier et précis que le mal perforant buccal.

La syphilis procède par hyperostoses, gommes, nécroses, avec douleurs à exacerbations nocturnes, avec déformation du crâne et du nez, siège de perforation médian, près du voile du palais, foyers gommeux multiples.

Dans la tuberculose, il y a exagération des sensibilités, aspect d'infiltration puriforme, avec cavités caséuses et processus de nécrose tendant à se généraliser à une grande étendue de l'os et même aux téguments ; l'examen des poumons, du fond de la gorge, l'état des ganglions du cou, la cuti-réaction, tout cela est assez spécial et écarte du diagnostic du mal perforant buccal.

Quant aux ostéites, périostites, ostéomyélites du maxillaire, elle ont pour cause l'infection et ne sont que la résultante d'une série continue de lésions infectieuses, surtout dentaires, et, lorsqu'elles donnent lieu à des fistules osseuses du côté de la voûte palatine, ces fistules sont sensibles à la pression, à trajet variable et toujours distant de la crête alvéolaire ; l'os et le périoste sont augmentés de volume, d'épaisseur et de consistance ; une fois la dent causale enlevée ou le séquestre extrait, tout rentre dans l'ordre, et la guérison est complète et définitive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomo-pathologiques sont de deux ordres, celles qui intéressent les altérations osseuses localisées à la mâchoire supérieure et aux os voisins, et d'autre part, celles qui intéressent le mésocéphale et le nerf trijumeau.

Nous devons à M. Paillard la description des altérations osseuses notées sur la pièce prélevée à l'autopsie du malade dont l'observation clinique avait été prise par MM. Danlos et Lévy Franckel, en 1908 ; dans ce cas il y avait fragilité, fenestration, destruction étendue de toute la partie inférieure et interne du maxillaire supérieur, destruction de la voûte palatine osseuse, destruction du cornet inférieur, de l'apophyse horizontale du palatin et de la moitié inférieure de l'apophyse ptérygoïde.

L'examen histologique, le premier, d'un mal perforant buccal a été fait par M. Leclercq (in observation Chompret, Izard et Leclercq) ; il indique comme lésions : sclérose, infiltration lymphoplasmatique, vascularite, ostéite raréfiante, résorption radiculaire.

Parfois il y a de la pyorrhée alvéolo-dentaire mais on s'accorde à dire actuellement que ces lésions ne sont nullement prédominantes, qu'elles sont rares même dans le mal perforant buccal, que l'infection est secondaire et consécutive aux troubles trophiques, contrairement à ce que croyait Galippe.

La pulpe dentaire est souvent bien vivante, et cependant on peut la toucher, la piquer, la traverser sans éveiller la moindre sensibilité ; elle est en anesthésie absolue ; pas ou peu de réaction thermique. Il y a parfois des lésions du paquet vasculo-nerveux de la dent, des troubles trophiques pulpaux et du ligament alvéolo dentaire, amenant secondairement, soit la mortification de la dent, soit l'atrophie avec ou sans suppression de ce ligament ; il y a de plus une calcification intense de la dent, cause de nombreuses fractures. La lésion initiale est une décalcification des travées osseuses qui s'accuse surtout au voisinage des canaux de Havers ; par suite, ces canaux s'élargissent et forment des cavités visibles à l'œil nu, qui donnent à la surface un aspect poreux. Il semble que tout se passe comme dans une arthropathie tabétique. Plus tard, l'infection s'y ajoute, puis les os sont atteints d'ostéite raréfiante.

Les lésions du système nerveux central consistent en une sclérose bulbair, envahissant le noyau sensitif des nerfs mixtes, la racine ascendante du trijumeau ; le nerf trijumeau lui-même, est diminué de volume, atrophié et le siège d'une névrite très marquée.

ÉVOLUTION. PATHOGÉNIE

Le mal perforant buccal est une manifestation du tabes. Si on l'a signalé quelquefois dans la paralysie générale, c'est que le tabes y était associé.

Il n'est point, contrairement à ce que pensait Gallippe, une complication de la pyorrhée alvéolaire ou maladie de Fauchard, ayant pour conséquence une nécrose du rebord alvéolaire et ses suites immédiates et éloignées.

En réalité, en effet, ce qui frappe, dans la presque totalité des observations, c'est l'intégrité apparente du système dentaire, contrastant avec la chute subite des dents. Evidemment, il faut admettre la possibilité des infections alvéolaires au cours du mal perforant buccal : l'infection, l'ostéite se surajoutent aux lésions alvéolaires. L'infection est secondaire chez ces ataxiques, et remarquable est leur innocuité.

Le mal perforant buccal survient d'ordinaire chez un tabétique confirmé ; il peut constituer presque le seul signe de tabes, et d'autres fois, mais exceptionnellement apparaître bien avant toute autre manifestation tabétique.

Ces troubles trophiques sont un peu la conséquence de l'irritation, des contusions, des tiraillements que subissent dans certaines conditions les tissus, tels que les traumatismes à répétition produits par une dent antagoniste, tuyau de pipe, par le contact dur des aliments, par la pression continue d'un appareil prothétique, par des chicots.

M. Chompret, M. le professeur Pierre Marie en a insisté sur le rôle du traumatisme, surtout celui qui est dû à des appareils de prothèse défectueux ; dans un cas, la succion a amené la perforation, puis un appareil à ressorts mal exécuté amena des perforations latérales, état rapidement amélioré par des appareils bien construits.

La notion des rapports anatomiques entre les dents et les cavités sinusiennes permet de comprendre pourquoi la perforation se rencontre presque toujours au même endroit : profondeur plus ou moins grande du prolongement alvéolaire du sinus maxillaire, prolongement plus ou moins en bas et en dehors du plancher de ce sinus, expliquant son ouverture, au moment de la chute des dents. L'ostéopathie tabétique continue la résorption osseuse, la muqueuse subsiste bientôt seule ; enfin, altérée dans sa vitalité, elle est bientôt perforée sans inflammation préalable, sans phénomènes douloureux.

Le mal perforant buccal est l'aboutissant de lésions qui passent par diverses étapes :

- Chute spontanée des dents ;
- Résorption du rebord alvéolaire ;

Ulcération avec ou sans fistule ;

Fistule avec ou sans nécrose ;

Fistule avec séquestres plus ou moins nombreux ;

Perforation.

Nous avons relaté d'une part quelques observations éparses des diverses étapes, et nous avons, dans un chapitre distinct, relevé les observations de mal perforant buccal que nous avons pu trouver dans la littérature sur ce sujet.

L'observation inédite que nous avons donnée et qui a été le point de départ de nos recherches bibliographiques est remarquable à quelques points de vue.

Elle montre l'existence, au cours du tabes, de troubles trophiques buccaux représentés par un mal perforant et une chute de toutes les dents, saines, mais accompagnée pour chacune, d'hémorragies notables. D'autre part, il existait chez ce même malade tout un ensemble de troubles dans la sphère des nerfs crâniens : cephalée impliquant la participation du nerf trijumeau, anosmie, héli-anesthésie gustative, crises nasales de Klippel, héliatrophie de la langue.

En prenant tous ces troubles dans leur ensemble, on se trouve en présence d'un cas de tabès supérieur, dont les localisations sont apparentes sur les racines de presque tous les nerfs sensitifs du mésocéphale.

TRAITEMENT

GÉNÉRAL ANTISYPHILITIQUE. — Les injections intratation et l'élimination des séquestres alvéolaires.

veineuses d'arséno-benzol peuvent retarder la forma-

LOCAL. — Faciliter la mastication par le port d'un appareil de prothèse, posé seulement lorsque la cicatrisation est complète, en caoutchouc mou, tapissant la vulcanite, ou le métal coulé, aluminium par exemple ; il doit être léger et porter sur toute l'étendue du palais osseux et des régions alvéolaires, de façon à répartir l'effort masticatoire sur une plus grande surface ; entretenu avec la plus grande propreté, son emploi sera exclusivement réservé au repas. Toute succion simple ou automatique est absolument interdite, sinon possibilité de tiraillement et de perforation. Si le palais est très plat et peu étendu, par suite d'une grande résorption alvéolaire, l'appareil du haut sera maintenu au moyen de ressorts de force aussi réduite que possible. Eviter tout traumatisme, donc les aliments trop durs, la mastication trop énergique, trop longue.

Hygiène très sévère de la cavité buccale et des dents ;

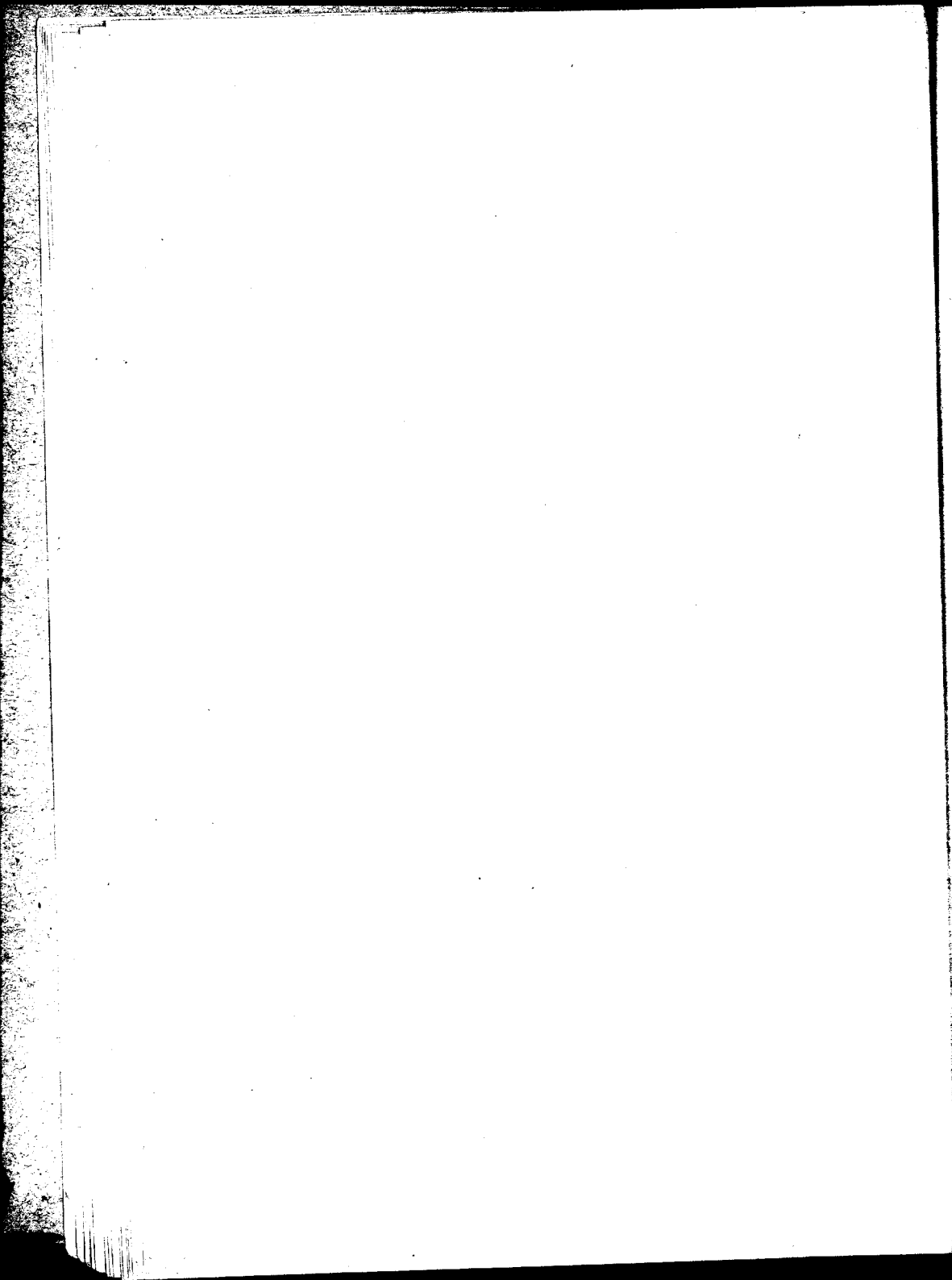
visites fréquentes chez le dentiste, nettoyage et mise en état de la bouche.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'inefficacité de toute thérapeutique, jusqu'à présent, pour faire rétrocéder les lésions du mal perforant buccal. En raison de l'altération initiale (lésions du mésocéphale et du trijumeau), aucune intervention chirurgicale, autoplastique ou autre ne sera indiquée, sauf, bien entendu l'ablation des dents infectées, des chicots, des séquestres qui irritent et blessent la muqueuse.

On est en droit de penser que la fréquence considérablement moins grande du mal perforant buccal est due à ce que la syphilis et la bouche sont beaucoup plus souvent et plus intensivement traitées qu'il y a quelques années.

QUELQUES OBSERVATIONS
de chute des dents,
avec ou sans résorption et nécrose
du rebord alvéolaire





VALLIN *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*
(séance du 16 juillet 1879). *Gazette des hôpitaux* 1879,
page 646. *Des altérations trophiques des mâchoires*
dans l'ataxie locomotrice.

Chef d'escadron de l'armée, 52 ans. Vigoureux.

Douleurs fulgurantes des membres inférieurs depuis 1871. M. le Professeur Charcot diagnostique une ataxie locomotrice confirmée en 1875, entre au Val-de-Grâce et y reste jusqu'en 1879, où il est admis à l'Hôpital des Invalides. Incoordination motrice des membres inférieurs nécessitant le séjour au lit. Incoordination motrice marquée aux membres supérieurs. Fonctionnement régulier des fonctions du rectum et de la vessie. Intégrité des fonctions intellectuelles. Du 6 au 12 juillet 1877, les trois petites molaires et première grosse molaire de la mâchoire droite deviennent branlantes, quoique non douloureuses, elles semblaient s'allonger, le malade les cueille avec la main sans douleur, sans perte de sang, dents non cariées. Le 22 juillet, le malade sent avec la langue une aspérité saillante au fond de la plaie et il extrait une esquille de trois centimètres de longueur sur un centimètre de haut et un de large, représentant trois cornets alvéolaires réguliers. Guérison de la plaie en huit jours.

Le 14 novembre 1877, expulsion de deux petites molaires suivie de chute des gânes osseuses : de nouveau, chute d'autres dents en décembre.

En avril 1878, chute en quelques jours des incisives supérieures qui persistent seules, élimination des cornets alvéolaires. Chaque fois la perte de substance a lieu sans douleur, sans réaction inflammatoires, cicatrisation rapide.

Le maxillaire supérieur est réduit à une surface de la dimension d'une pièce de 10 centimes. Pas de fistule, pas d'ulcération. Au maxillaire inférieur il reste quelques dents. Dans les points dégarnis, la branche horizontale

est réduite à une tige cylindrique des dimensions du petit doigt.

VALLIN. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* juillet 1879.

H...., maréchal des logis d'artillerie, entré au Val-de-Grâce le 22 février 1876, sorti retraité le 10 mai 1877, 45 ans, robuste.

Fait prisonnier en 1870, placé à ce moment dans des baraquements humides, a eu les articulations gonflées pendant plusieurs mois.

En 1873, douleurs fulgurantes, en 1874, incertitude de la marche dans l'obscurité.

En 1876, incoordination complète. Diplopie, altération caractéristique des deux papilles. Troubles paralytiques des muscles de la face et de l'arrière-gorge.

En mars 1876, le malade perd ses dents du maxillaire inférieur : elles s'ébranlent et en quelques jours tombent dans la bouche pendant la mastication. Pas de fistule. Il perd ainsi toutes les dents du maxillaire inférieur, et toutes celles du maxillaire supérieur l'exception des deux canines et des deux incisives latérales.

Les maxillaires s'atrophient à tel point qu'on peut saisir entre les doigts, à travers la peau, la branche horizontale de la mâchoire réduite à son bord inférieur, et ne mesurant que un centimètre d'épaisseur sur chacune de ses faces.

EMILE DEMANGE. *Journal des Connaissances médicales* 1882. *Ataxie locomotrice progressive. Chute spontanée des dents. Crises gastriques et laryngées. Mort. Autopsie. Examen histologique.*

Th.... Louis, 53 ans, couché lit 29, à l'infirmerie des hommes, hospice Saint-Julien.

Il y a 18 ans, a commencé à ressentir les premières

douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; elles n'ont point cessé d'apparaître de temps en temps, mais, c'est seulement depuis dix ans que les troubles musculaires se sont montrés ; à cette époque, la marche a commencé à devenir difficile.

Pas de syphilis ; pas d'alcoolisme ; pas d'excès vénériens ; le malade a toujours exercé la profession de tourneur en bois ; point habité de logement humide ; impossible de rattacher sa maladie à une cause bien déterminée. Peu à peu la marche devient de plus en plus difficile ; les douleurs sont de plus en plus fortes.

Le 8 février 1879, nous trouvons Th... dans notre service et nous constatons l'état suivant :

Démarche de l'ataxie, pieds lancés à droite et à gauche et retombant sur les talons ; le malade étant couché, si on lui commande de toucher un but déterminé avec le pied, il lance son pied, dépasse le but ou passe à côté. En somme incoordination ataxique des plus manifestes dans les membres inférieurs. Dans les membres supérieurs, il n'y a pas de troubles d'incoordination. La station debout est difficile, impossible les yeux fermés.

Anesthésie plantaire ; le malade croit toujours marcher sur du coton. A la plante des pieds, sur les jambes et jusqu'à la racine des cuisses, il y a perte de sensibilité au tact et à la douleur ; la sensibilité thermique est diminuée. La sensibilité sous toutes ses formes est conservée ; l'abdomen, le thorax, les bras et avant-bras, les extrémités des doigts ont la sensation de coton. Douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs, surtout à droite revenant par crises fréquentes : parfois assez intenses pour arracher des cris au malade. Douleur en ceinture au niveau des fausses côtes.

A la face, la sensibilité tactile et douloureuse est perdue des deux côtés : anesthésie et analgésie de la peau des deux joues, du front, du nez ; diminuée seulement au menton.

Anesthésie et analgésie des conjonctives, de la muqueuse

nasale, de la muqueuse linguale, du voile du palais, et de presque toute la muqueuse buccale.

La sensibilité est conservée sur la peau du cou et des épaules. La vision est bonne ; pas d'amblyopie ni de strabisme. Pas de surdité ; sensibilité gustative fort émoussée. Les dents du maxillaire inférieur sont à peu près intactes ; quelques-unes sont cariées. Toutes celles du maxillaires supérieur sont tombées : il ne reste point de racines ; les alvéoles sont refermées par les gencives. Le malade nous apprend que la chute des dents du maxillaire supérieur est survenue il y a quatre ans ; toutes sont tombées en l'espace de deux mois, les unes après les autres ; elles sont devenues vacillantes, puis sont tombées successivement sans qu'il y ait eu de douleurs. Il a cependant, à plusieurs reprises, ressenti dans la figure des douleurs qu'il compare à celles qu'il éprouve dans les jambes, mais elles ont duré peu de temps : jamais il n'y a eu de douleurs dans les dents ou les gencives. L'administration du bromure de potassium et surtout des injections de morphine calment suffisamment les douleurs pour permettre à T... de prendre quelque repos.

En mai 1879, l'état s'est peu modifié. L'anesthésie tactile est plus marquée dans les doigts des mains.

Fin mai, surviennent des crises gastriques extrêmement pénibles : douleur très violente au creux épigastrique : le malade vomit presque tout ce qu'il prend : les douleurs se calment par le régime lacté et les injections de morphine à haute dose. Peu de temps après, accès de toux sèche quinteuse, coqueluchoïde. La quinte se termine par une longue inspiration sifflante : cette toux persiste environ quinze jours, puis disparaît : on continue les injections de morphine.

Léger strabisme interne de l'œil gauche : inégalité des pupilles : la gauche est contractée et se dilate que difficilement par l'atropine : la vision s'affaiblit beaucoup à gauche. Le pouls un peu irrégulier : 76 pulsations en

moyenne. Rien au cœur ni dans la poitrine. Pas d'incontinence d'urine ; la miction est facile ; le malade dit avoir encore des érections ; chez lui, elles n'auraient jamais cessé, Les crises gastriques et la toux quinteuse ont disparu.

En septembre 1879. — Le malade a une diarrhée intense et persistante : elle finit pas disparaître avec le lait, l'eau de chaux et les opiacés. L'état général persiste sans grande modification : l'incoordination motrice est de plus en plus marquée dans les membres inférieurs. Douleurs fulgurantes reviennent avec intensité nouvelle aux membres inférieurs et thorax (douleurs en ceinture) ; pendant ces crises le malade pousse des cris de douleurs ; on ne le calme qu'avec des injections de morphine répétées plusieurs fois par jour.

Fin hiver 1880. — Il ne quitte plus le lit. Il s'affaiblit de plus en plus et tombe dans un état de marasme.

En août 1880. — Eschares du sacrum, incontinence d'urine : les douleurs fulgurantes ont disparu : diarrhée colliquative, et, enfin, mort au mois de septembre 1880.

Autopsie. — Les viscères ne présentent rien à noter. La moelle et le cerveau sont enlevés pour être examinés ultérieurement. Sur les préparations faites par M. Sadlen, chef des travaux histologiques de la Faculté, nous constatons les lésions suivantes : sur la moelle, les cordons postérieurs sont sclérosés sur toute leur étendue : la sclérose occupe à la fois les zones radiculaires postérieures et les cordons de Gell.

Au bulbe, la sclérose se prolonge dans toute l'étendue du plancher du quatrième ventricule ; on peut constater ainsi que la plupart des noyaux d'origine des nerfs bulbaires sont plongés au milieu d'une gangue scléreuse dont les limites à la profondeur sont assez diffuses ; ainsi, le noyau sensitif des nerfs mixtes (gloso-pharyngien, pneumogastrique et spinal), le noyau des corps restiformes, la tête de la corne postérieure (substance gélati-

neuse de Rolando), la racine ascendante du trijumeau, la substance grise du plancher du quatrième ventricule, les corps restiformes sont atteints d'une sclérose des plus évidentes.

Sur des coupes des nerfs trijumeaux prises sur leur trajet immédiatement à la sortie de la protubérance, on reconnaît qu'un nombre considérable de faisceaux nerveux sont sclérosés; la myéline a disparu et les cylindres-axes sont étouffés dans une gangue conjonctive qui se colore fortement par le carmin: d'autres faisceaux nerveux sont restés sains. Il y a donc une névrite scléreuse manifeste des trijumeaux, coïncidant avec l'atrophie des noyaux d'origine.

EMILE DEMANGE. — *Journal des connaissances médicales* 1882. — *Ataxie locomotrice progressive*. — *Chute spontanée des dents*. — *Anesthésie et névralgie faciales*. — *Mort*. — *Autopsie*. — *Examen histologique*.

Le nommé H..., 64 ans, ajusteur, couché lit n° 9, infirmerie des hommes, hôpital Saint-Julien.

N'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 34 ans. A cette époque, il contracte un chancre induré de la lèvre supérieure; plaques muqueuses à la gorge. Il est traité à cette époque dans le service de Ricard, à l'hôpital du Midi. Quinze jours après, en 1855, il se marie et a de ce mariage trois enfants bien portants, qui vivent encore et n'ont jamais eu aucun accident.

En 1865, il est atteint d'une cholérine assez violente.

En 1867, il entre à la Pitié, dans le service de Broca, pour un mal perforant du pied droit et subit l'amputation du gros orteil droit.

Depuis cette époque, il est sujet à des douleurs lancinantes siégeant dans les deux membres inférieurs: la marche devient difficile: il chancelle et tombe dans

l'obscurité. Il a des fourmillements, des engourdissements dans les membres inférieurs ; il ne sent pas le sol sur lequel il marche.

Cet état persiste pendant plusieurs années, sans grand changement, n'est point obligé d'interrompre son travail.

Vers 1876, les douleurs fulgurantes deviennent plus intenses ; la marche est plus difficile ; par moments incontinence d'urine ; l'anesthésie se généralise, H... ne peut plus travailler, et en novembre 1879, il entre à l'hôpital Saint-Julien, où nous constatons l'état suivant :

Douleurs fulgurantes revenant par intervalles dans les membres inférieurs : depuis quelque temps, douleurs lancinantes dans les membres supérieurs et dans la figure surtout du côté gauche, douleurs de ceinture au niveau des côtes inférieures, diminution de sensibilité tactile sur toute l'étendue du tégument, surtout aux membres inférieurs, aux extrémités des doigts, des mains et sur la figure du côté gauche.

Analgésie presque complète ; la sensibilité thermique persiste. La sensibilité électrique a complètement disparu : on peut passer le pinceau électrique sur toute la peau, sur la verge, le gland, sans que le malade reçoive la moindre impression. Le malade se tient debout, mais marche très difficilement, soutenu par un bras, projetant la jambe à droite et à gauche. Debout, si on lui fait fermer les yeux, il chancelle immédiatement. Couché, si on lui fait exécuter un mouvement avec les jambes, on constate une ataxie des plus prononcées : ataxie également dans les membres supérieurs à un moindre degré.

Le malade nous raconte que, depuis un mois, il a perdu une grande partie de ses dents : nous constatons en effet que toutes les dents du côté gauche du maxillaire supérieur sont tombées ; celles de l'autre côté sont à peu près intactes : elles sont tombées, dit-il, sans douleur ; elles devenaient vacillantes et le moindre effort suffisait pour

les faire tomber ; plusieurs fois, elles ne sont ainsi déchaussées pendant qu'il mâchait ses aliments.

Nous constatons alors une anesthésie tactile et une analgésie très prononcée dans toute la sphère du trijumeau du côté gauche ; elle porte sur la peau et les muqueuses labiale, buccale et palatine : la langue est insensible à la douleur, bien que la sensibilité gustative soit conservée.

La vision est conservée, le malade a souvent, depuis plusieurs années des bourdonnements d'oreille surtout à gauche, mais l'ouïe est conservée.

Pas de paralysie des muscles moteurs oculaires.

En décembre 1879, il tombe à bas de son lit et se fracture le col du fémur droit. L'anesthésie est telle qu'il ressent à peine le siège de la fracture : celle-ci se consolide à la longue en produisant un col volumineux.

Depuis cette époque, H... reste confiné dans son lit ; il maigrit beaucoup. Les muscles des jambes s'atrophient en masse en quelques mois.

En janvier 1880, il a une pneumonie dont il guérit ; enfin, au mois d'avril de la même année, il tombe dans un état de marasme complet : il y a incontinence absolue d'urine et des matières fécales ; de vastes eschares surviennent au sacrum ; enfin il meurt le 1^{er} mai 1881.

Autopsie. — Nous constatons les lésions suivantes :

Les poumons sont le siège d'une congestion hypostatique dans les deux bases ; pas de tubercules.

Le cœur est normal, graisseux : foie normal : rein un peu graisseux : au rein droit une gemme syphilitique en voie de ramolissement.

A l'ouverture du canal rachidien, on constate que la dure-mère spinale est distendue par une quantité considérable de liquide séphalo-rachidien. Après avoir enlevé la moelle, et incisé la dure-mère, on reconnaît que la moelle est notablement diminuée de volume dans toute son étendue, surtout au niveau du renflement lombaire. Les

racines postérieures sont atrophiées, diminuées de volume, comme gélatineuses.

Les cordons postérieurs, à l'état frais, paraissent jaunes et tranchent sur la couleur blanche des cordons latéraux. La consistance générale de la moelle paraît plutôt augmentée. Le bulbe, la protubérance ne présentent rien de spécial à l'état frais.

Les deux nerfs trijumeaux sont diminués de volume et atrophiés à leur sortie de la protubérance : le trijumeau gauche, plus particulièrement, est réduit à un filament grêle et gélatineux, à peine reconnaissable. Le ganglion de Gasser, correspondant, est mis à nu ; il est complètement atrophié : il est comme vidé, réduit à une coque conjonctive aplatie, vitreuse, dans laquelle on ne reconnaît plus l'aspect de la substance nerveuse.

L'encéphale et le cervelet ne présentent rien de spécial. La moelle et le bulbe sont placés dans une solution d'acide chromique pour examen ultérieur. Sur les coupes de la moelle et du bulbe pratiquées après durcissement, par M. Baraban, nous constatons les lésions suivantes :

A la moelle, dans toute son étendue, il existe une sclérose fasciculée des cordons postérieurs : au niveau des renflements lombaires et dans les deux tiers inférieurs de la région dorsale, la sclérose occupe les cordons postérieurs dans toute leur étendue : à partir de ce niveau jusqu'au bulbe, les cordons de Goll seuls, sont sclérosés, la zone radiculaire interne devenant indemne absolument de toute lésion : dans toute l'étendue de la moelle, la zone radiculaire externe est intacte.

La substance grise de la moelle paraît normale, diminuée seulement de volume et atrophiée dans les cornes antérieures du renflement lombaire.

Au bulbe, la sclérose des cordons postérieurs se continue d'une façon non interrompue sous le plancher du quatrième ventricule ; au niveau plus particulièrement des noyaux des corps restiformes, de la substance géla-

tineuse de Rolando et de la racine ascendante du trijumeau, la sclérose est très prononcée : les cellules nerveuses sont très diminuées de volume et plongées au milieu d'une large plaque de sclérose qui tranche très nettement par la coloration du carmin sur les portions voisines.

Ataxie, Locomotrice. — Chute Spontanée des dents. — Service de M. JOUFFROY, par M. BAUDET, interne du service.

Ch..., âgée de 50 ans, salle Petit-Louis, 6. Blanchisseuse. Début de la maladie en 1889. A cette époque, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Douleurs thoraciques. Incoordination légère : signe de l'escalier.

En 1891, incoordination légère des membres supérieurs, surtout à gauche. Sensibilité douloureuse diminuée au membre inférieur. Retard de la perception sensitive au pied et à la partie inférieure de la jambe. Réflexe rotulier aboli. Signe d'Argyl-Robertson. Atrophies musculaires, à la jambe gauche surtout, chute spontanée des dents quelques jours avant la chute, elle éprouvait une sensation de battements dans ses alvéoles. Pas d'odontalgie. La deuxième incisive gauche est tombée la première sans hémorragie. Elle a perdu les dents suivantes :

Maxillaire supérieur : gauche : - incisive, 1 molaire ; droit : 2 incisives, 1 canine, 2 petites molaires.

Maxillaire inférieur : gauche : 1 canine, 3 molaires ; droit : 3 dernières molaires.

Ces 3 dernières ne sont pas tombées à la même époque ; elles ont disparu après, et après avoir été cariées, lésions qui existait déjà depuis longtemps.

Le rebord alvéolaire à leur niveau, est recouvert d'une muqueuse rosée ne présentant aucun trouble marqué de sensibilité.

Ataxie Locomotrice. — Chute Spontanée des dents. — Service de M. JOUFFROY, par M. BAUDET, interne du service.

K.... 58 ans, salle Vulpian, lit VI. Les troubles ataxiques ont débuté le 10 décembre 1888, par des douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs : 2 ans après, amaurose qui a duré 10 mois.

En 1888, incoordination motrice dans les membres inférieurs. Signe de Romberg. Retard de 2 secondes dans la perception des excitations tactiles aux membres inférieurs. Exagération de la sensation au froid. Abolition du réflexe rotulien. Perte du sens musculaire aux membres supérieurs.

En mars 1889, on constate de plus de l'incoordination motrice des membres supérieurs des deux côtés. Elle subit un traitement par la suspension du 11 mars au 29 mai 1889.

11 février 1891.... Dyschromatopsie. Diplopie, léger strabisme interne de l'œil droit. Myosis très accusé. Signe d'Argyll-Robertson. Papille normale.

Chute des dents il y a 6 ans. Ses dents ont commencé par remuer dans leur alvéoles sans qu'elle en souffre ; elles sont tombées entières, tout à fait saines, sans douleur, sans pus, ni sang. C'est tantôt elle-même, tantôt le médecin qui les a arrachées. Mais arracher est un terme impropre, car à la moindre traction elles cédaient. Elle ignore celle qui est tombée la première. La dernière qui est tombée est une dent de la mâchoire inférieure, il y a trois ans et demi. Elle a perdu dans l'espace de six ans et demi les dents suivantes :

Maxillaire supérieur : droit : incisives, 2 ; canines, 1 ; petites molaires, 2 ; gauche : incisives, 2 ; canines, 1 ; - petites molaires, 2. On voit qu'il existe tout un espace dé garni de dents étendu des grosses molaires d'un côté à celles du côté opposé.

Maxillaire inférieur : droit : il ne reste qu'une canine ; gauche : il ne reste qu'une petite molaire.

La muqueuse qui recouvre les alvéoles est rosée. Pas de troubles de sensibilité au niveau des arcades alvéolaires, ni sur la voûte palatine.

Ataxie Locomotrice. — Chute Spontanée des dents. — Service de M. JOUFFROY, par M. BAUDET, interne du service.

R..., 54 ans, couturière. Salle Barth, 8. Débuts de l'affection, il y a 25 ans. Elle a d'abord commencé par talonner. Son attention était attiré surtout par l'usure des chaussures au talon. Sensations continuelles de froid dans les jambes que rien ne faisait disparaître. Douleurs thoraciques. Crises gastriques, rectales, vésicales, disparues seulement il y a un an.

Actuellement, myosis extrêmement accusé des deux côtés. Pas de réaction pupillaire à la lumière et à l'accommodation. Pas de paralysie des muscles de l'œil.

Douleurs névralgiques paronystiques dans les deux côtés de la face. Douleurs en coup de canif. Fourmillements dans les doigts. Elle ne peut se tenir debout, les talons rapprochés, même les yeux étant ouverts. Elle sent très bien le sol sous ses pieds. Abolition du réflexe rotulien. Chute spontanée des dents.

En 1887, elle a perdu sa première incisive gauche. Comme elle branlait dans son alvéole, elle l'a arrachée d'elle-même, sans douleur, sans une goutte de sang ou de pus. La première incisive droite est tombée ensuite de la même façon. Elle a successivement perdu ses autres dents. Toutes sont tombées entières, bien conservées.

Actuellement, il lui manque :

Maxillaire supérieur : droit : incisive 1 ; petites molaires, 2 ; gauche : incisives, 2.

Maxillaire inférieur : rien.

La sensibilité est partout conservée. Au niveau des arcades alvéolaires supérieures, la muqueuse est rouge, très vascularisée. Mais pour remplacer ses dents absentes, la malade porte un ratelier.

Chute spontanée des dents dans le tabes. — Observation prise dans le service de M. le professeur RAYMOND, supplée par M. GILLES DE LA TOURETTE.

Victor P..., 60 ans. Tabétique depuis l'âge de 30 ans. Il y a 10 ans, ses dents ont commencé à tomber. Elles branlaient dans leurs alvéoles. Elles sont tombées sans hémorrhagie ni suppuration. Il avait en ce moment un engourdissement de la face, de la bouche et de la langue. Cet engourdissement était très pénible.

Les dents tombées étaient très bonnes. Les premières sont tombées rapidement, trois en une heure, la dernière est tombée le 10 octobre 1896. La chute a commencé par les grosses molaires supérieures.

Au maxillaire supérieur, il reste : la canine et la première prémolaire droite ; à gauche, plus de dents ; au maxillaire inférieur, l'incisive droite, la canine et toutes les molaires, dont les deux dernières sont tombées. Les bords des deux maxillaires sont résorbés. Au maxillaire supérieur, tout le rebord alvéolaire a disparu l'os est réduit à une lame triangulaire horizontale. Au maxillaire inférieur, à droite, le rebord alvéolaire a également disparu. Le corps est réduit à une mince coque osseuse, moins épaisse que le petit doigt. Cette résorption du maxillaire supérieur est telle, qu'au niveau du point où deux dents persistent encore, les dents paraissent déchaussées et allongées, quoique saines en apparence. Cependant le point osseux qui le supporte forme une saillie qui dépasse

le reste du maxillaire : il y a là comme un véritable tubercule.

Le rebord du maxillaire inférieur est mince et tranchant. Il est bordé par une muqueuse décolorée principalement au niveau du bord libre, où elle forme une bande blanchâtre.

Sensation d'engourdissement continu sur la face. Les sensations de tact et de douleur sont conservées sur la face, mais sont abolies sur le plancher de la bouche et extrêmement diminuées sur les deux maxillaires. Le faible contact n'est pas perçu, et l'on peut enfoncer des épingles dans la muqueuse sans déterminer de douleur.

CHALIER, *Lyon médical* 1908., p. 1.154. *Forme trophique du tabès : résorption du maxillaire supérieur.*

Jean G.... cinquante ans, tisseur. Syphilis non soignée à trente-deux ans. Cinq ans après, douleurs vives à l'extrémité des membres inférieurs, bientôt suivies par l'apparition de maux perforants plantaires et de déformations des pieds.

A quarante ans, chute des dents de la mâchoire supérieure et apparition de deux maux perforants dorsaux au pied droit. Depuis cette époque, le malade n'a cessé de présenter des maux perforants, les uns en évolution, les autres en régression.

Pendant longtemps ces maux perforant et les déformations des pieds ont été les seules manifestations au moins apparentes du tabès. C'est seulement il y a quatre ans que sont survenus les nouveaux stigmates de la maladie sous la forme de crises viscérales très violentes avec pollakiurie, d'ailleurs passagères.

Actuellement le malade ne souffre nulle part ; il n'a aucun trouble des sphincters, aucune ataxie et grâce au port de chaussures spéciales, il n'éprouve aucune gêne

dans la démarche ; il continue même à faire aller avec les pieds son métier à tisser. Le tabès est cependant indiscutable ; il se traduit par deux signes cardiaux : abolition des réflexes rotuliens et abolition du réflexe à la lumière avec irrégularité pupillaire très marquée.

Comme autre particularité, le malade présente du côté de la face un aspect assez caractéristique. La mâchoire supérieure, dépourvue de toutes ses dents, est rentrée ; l'inférieure, au contraire, déborde en avant. Le rebord alvéolaire supérieur a disparu ; il est réduit à sa portion horizontale ; il n'y a ni ulcération, ni fistule, ni perforation. Le maxillaire inférieur, dépourvu seulement de deux dents, paraît indemne de tout processus de résorption.

RAYMOND. *Forme trophique du tabès (Journal des praticiens 31 juillet 1909).*

X... a depuis quatre ans une déformation du pied gauche, consistant en une saillie anormale des malléoles, qui sont volumineuses. Cela est survenu brusquement, sans douleur. La marche n'a été gênée que dans ces derniers temps. Actuellement on constate le signe de Romberg. Les réflexes tendineux sont perdus. On note chez lui la chute spontanée des dents. Il a eu des douleurs fulgurantes, la diplopie transitoire. La pupille droite ne réagit plus à la lumière, la gauche est paresseuse. C'est donc un tabétique, une exostose par ostéite condensante, c'est-à-dire un trouble trophique. On trouve en outre sur la malléole une cicatrice du mal perforant malléolaire, analogue au mal perforant plantaire. Aux coudes on constate une exostose de l'olécrâne. Ce malade a contracté la syphilis à dix-neuf ans et n'a jamais suivi de traitement. L'arthropathie du pied fut la première manifestation morbide. C'est un tabès trophique.

POTEAU. *Odontologie*, mai 1906. *Nécrose étendue du maxillaire inférieur d'origine tabétique.*

M. X..., quarante-six ans, atteint d'ataxie locomotrice progressive, dont le début remonte à une quinzaine d'années, me fait appeler il y quelques mois, désireux de se faire faire un appareil de prothèse.

Toutes ses dents sont tombées par ébranlement vers la même époque et à intervalles très rapprochés.

La muqueuse buccale présentant un aspect normal et la cicatrisation s'étant faite assez rapidement, je crus pouvoir accéder au désir du malade, espérant ainsi atténuer ses misères dans une certaine mesure. A l'examen de la bouche, je découvris du côté gauche du maxillaire inférieur, à la place de la deuxième molaire manquante, un corps mobile, pointant sous la muqueuse. Je crus d'abord qu'il s'agissait d'un reste de racine. Je pratiquai une incision cruciale et, au moyen d'une sonde, je cherchai à déterminer les contours de ce corps mobile. Je me rendis compte alors que je me trouvais en présence d'un séquestre s'étendant de la première grosse molaire à la bas de branche montante du maxillaire. Avec un davier à racines, j'en effectuai l'ablation sans grande difficulté.

Rien ne me paraissant anormal, par ailleurs, je remis la prise de l'empreinte à une séance ultérieure, prescrivant des lavages antiseptiques.

Au jour fixé, la cicatrisation me paraissant complète, je pris l'empreinte et confectionnai l'appareil. Il s'agit, en l'espèce, d'un dentier complet en vulcanite, sans ressorts.

Il fut assez bien toléré pendant quelque temps. Au bout de deux mois, je fus de nouveau appelé, des phénomènes inflammatoires s'étant produits du côté droit du maxillaire inférieur et le port du dentier étant devenu douloureux.

Je constatai la présence d'un nouveau séquestre mobile qui s'était fait jour à travers la muqueuse gingivale.

Je fis suspendre le port de l'appareil du bas.

Il est à constater que le maxillaire supérieur a toujours été en parfait état et que la l'appareil à succion n'a donné lieu à aucune gêne.

A quelque temps de là, un troisième séquestre plus volumineux, comprenant une partie de la table externe entre la symphyse et la canine du côté droit, dut être également enlevé.

Le malade est mort récemment de paralysie bulbaire.

GAUCHER et DOBROVICI. *Gazette des hôpitaux*, septembre 1905.

Mme. A. H..., quarante-huit ans, blanchisseuse, entre le 22 mai 1905, salle Henri IV, à Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-six ans de cancer du foie : mère morte à soixante-douze ans d'hémorrhagie cérébrale : deux frères morts bacillaires.

Antécédents personnels. — Deux enfants morts en bas âge, une fille et deux garçons bien portants. Pas de fausses couches. Ménopause à quarante-sept-ans. Pas d'antécédents syphilitiques connus. Pas de maladies infectieuses antérieures. L'ordre chronologique des troubles tabétiques est le suivant :

Il y a huit ans, la malade fut atteinte de paralysie du moteur volvaire externe gauche. Actuellement, elle présente un strabisme interne très marqué.

Il y a six ans, brusquement, sans douleur, elle perdit toutes les dents supérieures (sauf une dernière molaire gauche). Cette perte des dents supérieures, produite en quelques semaines et sans phénomènes inflammatoires, contraste avec la conservation sur le maxillaire inférieur de toutes les dents qui sont saines, bien que le malade ne prenne pas beaucoup soin de sa bouche.

Peu de temps après, sans que la malade puisse préciser il s'est produit, également sans douleur et lentement, une résorption complète du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. Actuellement le palais de cette malade est devenu, par la disposition du bord alvéolaire osseux, presque plan.

Nous avons cherché attentivement s'il y avait des troubles de la sensibilité dans cette région où les troubles trophiques étaient si marqués, et nous avons trouvé une anesthésie tactile et douloureuse de toute la muqueuse qui recouvre le rebord du maxillaire supérieur qui remplace la gencive supérieure disparue. Cette anesthésie s'étend en dehors à la muqueuse de la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane, et en dehors à la face interne des joues dans leur moitié supérieure. La sensibilité est conservée à la face externe des joues. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité tactile ou gustative de la langue. Pas de thermo-analgésie.

Il y a un an seulement, apparurent des douleurs fulgurantes qui, depuis lors, survinrent par crises souvent avec une telle brusquerie, qu'elles s'accompagnent de dérobement des jambes.

Depuis six mois, se montrent des maux perforants plantaires.

Actuellement on trouve, au pied droit, sous le gros orteil, au niveau de l'articulation métatarro-phalangienne, une ulcération atone, à bords épais, cornés, jaunâtres, légèrement suintante, non douloureuse à l'exploration. Le stylet arrive sur l'os altéré, dont on perçoit la crépitation. Au pied gauche, il y a deux maux perforants ayant les mêmes caractères : un sous le gros orteil et l'autre sous l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil. L'examen complet de la malade montre l'abolition des réflexes rotuliens des deux côtés; l'incoordination des membres inférieurs, qui rend la marche presque impossible ; signe de Romberg, perte de sens de la position

des membres : hypotonie. Il n'y a pas d'incoordination des membres supérieurs. Les pupilles sont en myosis et le signe d'Argyll-Roberston est très net.

Le malade a eu plusieurs crises gastriques depuis un an. Il n'y a pas d'autres troubles viscéraux.

RENÉ HENRY. — *in-thèse* 1905, n° 529, p. 94. — *Observation recueillie dans le service de M. le Dr LANDRIEUX, remplacé par M. le Dr GASSE, à l'hôpital Lariboisière, avril 1905.*

Chute des dents et résorption du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur droit chez une ataxique. — Crises gastriques. — Mouvements choréiformes des membres supérieurs et de la face.

Mme N.... âgée de 45 ans, journalière, entre dans le service en avril 1904 : elle y reste peu de temps et y rentre de nouveau en août 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 60 ans, paralysée ? Père âgé de 70 ans, paralysée depuis cinq ans (hémorragie cérébrale) et aveugle depuis 1889. Il a perdu la vue graduellement d'abord du côté droit, puis du côté gauche.

Antécédents personnels. Rougeole dans son enfance. Réglée à 11 ans. Mariée à 18 ans, elle a eu quatre enfants : le premier, un garçon, a seul vécu et est bien portant. Les trois autres sont morts en bas âge (1 mois) de convulsions. Pas de fausse couche. Bien portante jusqu'à l'âge de 30 ans.

A ce moment, la malade souffre de migraines fréquentes avec céphalée frontale et occipitale, sans paroxysmes nocturnes. Ces migraines durent quelques jours et se présentent avec une assez grande fréquence. A cette même époque, la malade a commencé à perdre ses cheveux. Peu après elle se plaint de crises gastriques. Sans cause, la malade est prise de vomissements bruyants et douloureux, et

pendant quelques jours, toute ingestion d'aliments réveille les douleurs et les vomissements. Ces vomissements sont constitués par des matières filantes et glaireuses. Ces crises gastriques durent trois à quatre jours et se présentent tous les deux ou trois mois.

La malade est restée quelque temps dans cet état, puis elle a remarqué que la démarche devenait incertaine dans l'obscurité et que dans ces conditions, il lui était impossible de monter ou de descendre les escaliers. Les troubles de la démarche se sont accentués, à tel point que depuis quatre ans, notre malade marche de plus en plus difficilement et ne peut plus guère sortir de chez elle. Il lui semble marcher sur du coton. Depuis un an, son état est tel qu'elle doit garder le lit : elle ne peut même plus se traîner de son lit dans son fauteuil comme elle le faisait encore à cette époque.

Depuis deux ans, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs seulement.

Aux membres supérieurs, l'incoordination s'est montrée plus tardivement. Depuis quatre ans, la malade est devenue maladroite de ses doigts, et depuis deux ans, il lui est impossible de coudre, de se coiffer, d'accomplir aucun acte demandant de la dextérité des doigts.

Depuis le début de sa maladie, la vue a baissé, de sorte qu'actuellement la vision est presque nulle à droite.

La malade entre à Lariboisière en avril, y reste peu de temps et y rentre de nouveau en août 1904, et depuis ce moment, elle n'a plus quitté le service.

Actuellement : membres inférieurs. — La malade ne peut plus se lever du fait de son incoordination motrice; elle perd ses jambes dans son lit. Si on lui commande de toucher avec son pied la main placée à une certaine distance du plan du lit, son pied passe à côté du but, le dépasse ou est porté dans une tout autre direction.

Lorsque la malade a les jambes étendues dans le lit, on est frappé par la position des pieds qui sont étendus sur

la jambe, en équerre. Ce fait est lié sans doute au long séjour au lit et à l'atrophie musculaire marqué des muscles de la jambe et de la cuisse. A la jambe, cette atrophie est surtout marquée sur les jumeaux et le soléaire ; les extenseurs sont moins touchés et la malade peut redresser son pied sur la jambe avec une certaine force.

Membres supérieurs. — L'incoordination est moins marquée, cependant la malade plane sur les objets avant de les prendre. Si on l'invite à toucher un point avec le doigt, elle manque le but. Si elle veut défaire une épingle double, elle y arrive difficilement en se piquant les doigts.

Réflexes. — Abolition des réflexes rotuliens, épitrochléens, palmaires.

Sensibilité. — Retard des sensations très appréciable (quelques secondes) aux membres inférieurs, erreurs de localisation ;

Retard des sensations aux membres supérieurs moins marqué qu'aux membres inférieurs. erreurs de localisation

Examen de la face. — Au repos, on note une ptose des deux paupières supérieures, plus marquée à droite. Il y a un aplatissement notable du côté droit de la figure avec une légère atrophie des muscles de la joue droite.

Au repos, les lèvres sont agitées de mouvements choréiformes, mouvements qui s'exagèrent quand la malade veut parler ; alors les lèvres s'entr'ouvrent largement, se portent sur les côtés, s'agitent en tous sens, apportant ainsi une gêne assez marquée à la parole.

Les mains et les doigts sont également le siège de mouvements athétosiques faibles quand les mains sont au repos, plus accentués quand on fait étendre les mains à la malade ou à l'occasion d'un acte tel que celui de ramasser un crayon.

Les pupilles sont dilatées, inégales, irrégulières, elles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation, la vue est presque nulle à droite, mauvaise à gauche.

Œil droit. — Ophthalmoplégie totale.

Œil gauche. — Ophthalmoplégie presque totale.

Œil droit. — Atrophie optique. Compte doigts à 15 centimètres.

Œil gauche. — Début d'atrophie. Compte doigts à deux mètres.

La sensibilité de la face est également atteinte des deux côtés, on note du retard des sensations, des erreurs de localisation sur le front, les joues, les lèvres.

Examen de la bouche. — Au début de la maladie, avant les troubles de la démarche, la malade a perdu la plus grande partie des dents du maxillaire supérieur droit. De ce côté, elle a perdu toutes ses dents jusqu'à l'incisive centrale, sans douleur et sans perte de sang : cette chute des dents s'est faite graduellement, et d'après la malade, ces dents n'étaient pas cariées.

Depuis son entrée dans le service, elle a perdu une dent, la chute de cette dent s'est accompagnée d'un gonflement de la gencive et d'une rougeur de l'œil droit.

Actuellement :

Maxillaire supérieur droit. — Il ne reste qu'un chicot de molaire et l'incisive centrale. Résorption du rebord alvéolaire qui est en retrait sur la partie correspondante de la voûte palatine, mais ne présente ni ulcération ni fistule.

Maxillaire supérieur gauche. — Il manque l'incisive centrale ; les autres dents sont saines.

Maxillaire inférieur droit. — Les deux prémolaires et la première molaire sont cariées, il ne manque pas de dents.

Maxillaire inférieur gauche. — L'incisive latérale et la canine manquent. Toutes les dents restantes sont couvertes de tartre, gingivite tartrique.

La malade n'en prend pas soin et ne les brosse pas, car, dès qu'elle y touche, les gencives saignent.

Il y a incoordination des mouvements de la langue. La malade ne peut manger de fruits à noyaux, car elle ne peut expulser les noyaux, étant très maladroite de sa langue.

Lorsqu'elle mange de la viande ou des aliments demandant à être mastiqués, elle se mord fréquemment la langue. Les mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure sont impossibles de même que les mouvements de diduction et de projection en avant.

La sensibilité est complètement abolie à la voûte palatine du côté droit, et la malade ne perçoit pas les piqures.

La sensibilité persiste, mais très émoussée du côté gauche.

La sensibilité de la face interne des joues est très obtuse de même que la sensibilité de la gencive du maxillaire inférieur.

La sensibilité de la langue est très obtuse ; on promène une aiguille sur la langue de la malade sans qu'elle sente rien. La piqure est faiblement perçue.

La sensibilité gustative paraît intacte.

Troubles viscéraux : Crises gastriques. Incontinence assez légère d'urine, remonte à un an.

Poumons normaux. Cœur normal.

KALISCHER SIEGFRIED. — *Deutsch. Med. Wochenschrift.*
— *Leipzig, und Berlin*, 1905, *XXI*, 304-306.

Un cas de tabès dorsal avec nécrose du maxillaire.

S..., âgé de 42 ans, ne se souvient pas d'avoir eu de la syphilis. Début de la maladie au printemps de 1883 avec douleurs vésicales, perte subite des cheveux ; en même temps, sudation très abondante des deux côtés du visage, même au moindre mouvement. Diplopie en automne 1883 et en mars 1885 ; vertige et instabilité dans

la marche. A la même époque, affaiblissement de l'acuité visuelle, rendant la lecture impossible. La vue baisse de plus en plus, jusqu'à empêcher le malade de se conduire seul ; puis douleurs lancinantes et fulgurantes de chaque côté du visage.

Au printemps de 1893, douleurs névralgiques, lancinantes dans les pouces et les mains. Six mois après, les mêmes phénomènes apparaissent dans les cuisses. Environ trois mois auparavant, spermatorrhée, sans abolition des fonctions génitales et qui dure plusieurs semaines. Depuis l'été de 1893, quintes de toux fréquentes, surtout la nuit ; elles durent une demi-heure et sont accompagnées de crises laryngées. Paresthésie de la région cervicale et sensations de démangeaisons dans la gorge. De temps en temps, gêne respiratoire et accès de dyspnée. Parfois angoisse et sensation de constriction dans la région précordiale. Plus tard, bourdonnements dans l'oreille et vertige (sorte de vertige de Ménière) : puis crises pharyngiennes.

En décembre 1893, le malade s'aperçoit que trois de ses molaires du côté gauche de la mâchoire inférieure sont branlantes ; peu après, elles tombent toutes les trois parfaitement saines, sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires ; la gencive seule, était un peu remollie. Huit jours plus tard, le malade ressent comme des coups d'aiguille dans la région sous-maxillaire gauche ; en même temps rougeur et gonflement de la gencive, puis évacuation d'un pus sanguinolent, fétide, avec un fragment d'os d'environ 2 cent. 5 de dimensions et provenant du maxillaire inférieur. Les douleurs diminuent ensuite et, au bout de quelques jours, cicatrisation et guérison.

A l'examen, en janvier 1894, on trouve un homme très amaigri présentant de l'inégalité pupillaire, la droite est un peu moins large que la gauche. Pas de réaction à la lumière et très peu à l'accommodation, atrophie de la papille du nerf optique et amaurose bilatérale à peu près

complète. Les mouvements des deux yeux sont limités aux mouvements externes. Diminution de l'odorat ; conservation du goût sur toutes les parties de la langue. Analgésie complète à la partie moyenne du maxillaire inférieur (à gauche), correspondant à l'endroit où se trouvait le fragment d'os nécrosé. Pas de troubles appréciables de la sensibilité dans la région du trijumeau droit.

Signe de Romberg peu accentué : aux membres supérieurs, diminution de la sensibilité ; en certains endroits analgésie des doigts. Pas de troubles psychiques.

RASIN HEINRICH. *Deutsch. Ztsch. für nervenk.* 1891 I, 532
Zur Lehre von den trophischen Kieferkrankungen bei Tabès.

Il s'agit d'une femme qui perdit sa mère de phtisie et qui fut bien portante jusqu'à l'âge de 19 ans. A ce moment adénite inguinale suppurée probablement blennorragique et qui fut opérée. Elle nie avoir jamais eu la syphilis ; elle n'a pas d'enfants et n'a jamais fait de fausse couche.

Etat actuel. — Depuis 10 ans jusqu'au 1^{er} mai 1880, vomissements qui durent quelques semaines, puis qui s'arrêtent pendant quelque temps pour reprendre à nouveau. Traitement symptomatique. L'année dernière, douleurs fulgurantes et lancinantes dans toutes les extrémités avec fourmillement des doigts et des orteils et en particulier du pouce et de l'index ; douleurs en ceinture et sensations de dérochement du sol. Au début de l'affection, maux de tête fréquents. Depuis quatre ans, troubles vésicaux avec incontinence d'urine nécessitant le cathétérisme. Signe de Romberg manifeste. Depuis trois ans la marche est impossible.

La malade présente depuis l'année dernière une affection particulière de la mâchoire. La malade s'aperçut pour la première fois, il y a quatre ans que ses dents, jusqu'a-

lors intactes et parfaitement saines, se déchaussaient et pouvaient être enlevées avec les doigts, sans douleur et presque sans hémorragie. Gencives parfaitement saines. Elle perdit ainsi la canine, puis les deux incisives du côté droit du maxillaire supérieur. Peu de temps après, la gencive à cet endroit devint rouge, enflammée et fongueuse. Il se produisit une petite tuméfaction qui, à la pression, laissa échapper du pus mélangé de sang. Quelques jours plus tard expulsion d'un séquestre osseux long de deux centimètres et demi et provenant du maxillaire supérieur droit. La plaie convenablement traitée guérit promptement en quatorze jours.

Il y a moins d'un an, les deux incisives, la canine et la première molaire du maxillaire supérieur gauche, se mirent également à se déchausser de leurs alvéoles et à tomber rapidement ; puis au même endroit évacuation de pus mêlé de sang et expulsion d'un séquestre plus grand que le précédent. Le fragment nécrosé du maxillaire présentait les deux alvéoles de la canine et de la première molaire gauche et dans lesquelles se trouvaient encore les restes de la racine canine. La plaie guérit en deux semaines.

Depuis six mois, les mêmes phénomènes se produisent dans les molaires des mâchoires supérieure et inférieure et, huit semaines après, les dents tombaient de la même façon. Toutes les dents sont saines en apparence. Peu après, nouvelle tuméfaction à un autre endroit de la mâchoire supérieure droite et évacuation de pus et de sang. La plaie assez profonde s'étend sur une longueur de 5 à 7 centimètres jusqu'à l'angle du maxillaire ; elle présente une coloration jaune verdâtre ; fluctuation tout autour de cette plaie ; à la pression, on fait sourdre un mélange de pus et de sang. Expulsion de nombreuses esquilles alvéolaires. La plaie était peu douloureuse et se ferme en quatre semaines. Depuis, la malade ne présente plus d'ulcérations buccales.

En septembre 1890, la mâchoire supérieure ne porte

plus à droite que la première molaire et la racine de la seconde molaire. Au maxillaire inférieur, les incisives et les canines restent dans leurs alvéoles. Aux endroits dépourvus de dents, le maxillaire se trouve réduit. Le rebord alvéolaire de la partie antérieure du maxillaire supérieur a disparu. La gencive est saine en apparence, ainsi que la muqueuse buccale. Au reste la malade présente tous les symptômes caractéristiques du tabès : strabisme de l'oculomoteur, troubles considérables dans la coordination des mouvements (ataxie). Le diagnostic posé fut celui-ci : cas typique de tabès dorsalis compliqué de troubles trophiques du maxillaire.

GUILLAIN. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 mai 1901.

Tabès avec atrophie des maxillaires supérieurs.

M. R..., 63 ans, ancien employé de commerce, entre le 18 avril 1901, dans le service de M. Pierre Marie à Bicêtre.

A 12 ans, le malade a la rougeole. Il nie avoir eu la syphilis, mais l'existence d'une leucoplasie buccale et de son affection médullaire rend vraisemblablement l'existence d'une syphilis.

En 1891, apparition de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et des douleurs en ceinture. A cette époque, il a aussi la diplopie. En 1893, un certain jour, sans motif aucun, une des canines du maxillaire supérieur se met à branler et tombe 24 heures après. Deux jours plus tard, trois autres dents du maxillaire supérieur remuent et tombent. En huit jours le malade cueille toutes les dents du maxillaire supérieur. Cette chute spontanée des dents se fit sans douleur, sans hémorragies, sans pyorrhée alvéolo-dentaire.

En 1895 se montrent des troubles de la miction et en 1897 une certaine ataxie.

Actuellement R... marche lentement avec une certaine ataxie ; parfois dérochement des jambes. Ataxie des membres supérieurs presque nulle. La force musculaire est bien conservée. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens ; réflexes du poignet et tricipitaux faibles. Réflexe pharyngien normal. Cataracte de l'œil droit. Signe d'Argyl Robertson.

Envies fréquentes d'uriner et incontinence d'urine.

Sur la langue, on constate au niveau de la pointe et des bords, des plaques de leucoplasie buccale.

Nous attirons spécialement l'attention sur l'aspect de l'os maxillaire supérieur de ce malade. Quand on regarde ce tabétique, on est frappé du prognathisme du maxillaire inférieur ; la lèvre supérieure est reconverte, cachée par la lèvre inférieure ; les plis naso-géniens sont extrêmement prononcés à droite et à gauche. Quand on lui fait ouvrir la bouche, on constate que toute la partie antérieure du maxillaire supérieur a disparu. Sans parler des dents qui toutes sont absentes, les rebords alvéolaires et la partie antérieure de la voûte palatine se sont résorbés, se sont atrophiés. La voûte palatine diminuée de largeur a perdu sa concavité, est devenue horizontale. Il n'existe aucune ulcération au niveau du maxillaire supérieur. Cette résorption de la partie antérieure donne à la physionomie du malade cet aspect si particulier, est la cause de l'exagération des plis naso-géniens et du prognathisme apparent de son maxillaire inférieur. Au maxillaire inférieur, au contraire les dents sont conservées. Aucune n'est spontanément tombée. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité tactile, thermique et douloureuse au niveau de la cavité buccale.

PACCETI. *Lésions de quelques nerfs cérébraux dans le tabès*
Atti dell XI Congresso Medico Internazionale, Roma,
29 marzo, 5 aprile 1894, Vol. IV, Torino, 1895, p. 121-
125.

Le malade, dont l'autopsie est relatée, a présenté pendant la vie les symptômes suivants, début de la maladie en 1880, par des douleurs fulgurantes. En 1881, diplopie et diminution de la vue. Chute des dents.

Etat actuel (25 février 1893). — Oppression au niveau de la tête, vertiges, déviation de la lnette vers la gauche. Hypoesthésie surtout douloureuse, au niveau du front, de la joue, du dos du nez et de la muqueuse correspondante, de la muqueuse du bord alvéolaire et du palais osseux ; diminution du goût et de l'olfaction à droite.

Ptose légère à gauche. Abolition des mouvements du globe acculaire dans tous les sens, sauf une légère mobilité en haut et en bas : le globe occupe une position médiane. La pupille rigide ne réagit ni à la lumière ni à l'accommodation.

Vue. — Œil droit, compte doigts à 30 centimètres. Œil gauche : 1/8. Atrophie simple bilatérale assez avancée autour de la pupille. Signe de Romberg. Abolition des réflexes rotuliens. Douleurs fulgurantes et zones d'hypoesthésie douloureuse disséminées dans les membres inférieurs. Pour le pied droit beaucoup plus que pour le pied gauche, on note une hypoesthésie douloureuse et une légère augmentation du temps de réaction.

Crises laryngées caractéristiques, légère parésie des cordes vocales ; cornage, fréquence habituelle et irrégularité du pouls. Mort au court d'une crise laryngée, le 13 mars suivant. L'examen microscopique des centres nerveux a été pratiqué dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital des Fous de Rome, surtout au point de vue du bulbe et de la moelle.

Moelle épinière. — Dégénérescence des fibres du cordon de Burdach et de la partie latérale du cordon de Goll, au niveau de la moelle lombaire ; à la moelle cervicale on ne note plus que la raréfaction des cordons de Goll.

Bulbe. — En continuité avec les cordons postérieurs, il y a une raréfaction évidente des cordons de Goll surtout sur leurs bords médians ou postérieurs.

Trijumeau. — Racine ascendante des auteurs, descendante de Kôlliker. Au commencement de l'entrecroisement des pyramides, on observe une dégénérescence complète de ladite racine ascendante des deux côtés, peu de fibres sont conservées dans l'angle postéro-externe de ces racines ; celles-ci paraissent constituées par un fin tissu conjonctif avec de petites cellules rondes. On note la disparition presque complète des fibres radiées directes allant de la périphérie vers la substance gélatineuse.

Cette dernière a perdu presque complètement son reticulum tandis que les cellule ganglionnaires ne semblent pas altérées. En fixant des coupes plus proximales par rapport au pont, on observe que la racine ascendante, quoiqu'étant notablement altérée, présente un nombre plus grand de fibres saines qui sont distribuées de préférence dans la région interne et ventrale.

Si l'on fait au contraire des coupes distales par rapport au même point, on se trouve précisément au noyau d'origine de facial, on constate une diminution dans l'intensité de la dégénérescence des racines ascendantes. Cette diminution est diffuse et à droite, elle devient plus sensible au fur et à mesure que l'on procède à l'étude des coupes proximales. Il y a des endroits où les fibres nerveuses ont disparu, mais dans le reste on note une raréfaction moins nette des éléments constitutifs. À gauche, la dégénérescence de la racine ascendante subit au niveau du pont, une sensible diminution et cet état de choses est à peu près identique jusqu'à la hauteur du noyau sensitif. La substance gélatineuse montre des cellules bien conservées, de

même qu'un nombre de fibres proportionné au degré d'altération de la racine.

Le noyau sensitif proprement dit du trijumeau, dans les préparations au carmin, se présente avec une coloration diffuse ; le reticulum des fibres nerveuses est très diminué ; il y a très peu de cellules ganglionnaires et elles sont toutes situées dans la partie médiane du noyau. Au contraire, on observe de nombreuses petites cellules rondes fortement colorées. La racine sensitive est également amincie, mais on n'y observe pas de noyaux de dégénérescence.

Les altérations de la sensibilité observée dans la vie au niveau de la peau du visage et sur une partie de la muqueuse de la bouche, sont, dans notre cas, en rapport évident avec la dégénérescence notable de la racine ascendante du trijumeau.

Mlle WEISSBERG. *Thèse de Genève* 1898.

Tabès ataxique. Troubles trophiques. Zona. Chute spontanée des dents. Troubles psychiques.

Ch..., 52 ans, agriculteur, né à Sacconex d'Arve, entre à l'hôpital le 14 novembre 1896.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure connue, peut-être un peu d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Maladie actuelle. — Depuis dix ans environ, le malade sent dans les jambes et la ceinture des douleurs, légères au début, qui se sont accentuées depuis deux ans. Elles viennent plus souvent le jour que la nuit. La marche est difficile, les genoux se dérobent. Presque en même temps, les huit dents supérieures droites sont tombées spontanément

d'arrière en avant dans l'espace de deux ans, sans douleur ni hémorrhagie. Les alvéoles se sont comblées de suite, le rebord alvéolaire s'est atrophié et couvert d'une muqueuse absolument lisse. Le malade n'a jamais accusé de névralgie de la cinquième paire ni de maux de tête.

La difficulté de marche va en augmentant ainsi que la fatigue : la démarche devient hésitante, titubante, chancelante. Il y a quinze jours surviennent de fortes douleurs dans le flanc droit qui s'amendent à mesure que se manifeste une éruption d'herpès zona qui occupe le trajet des nerfs lombaires, entre le thorax et l'os iliaque du côté droit. En même temps, le malade s'aperçoit des troubles urinaires : incontinence et miction impérieuse.

Status le 14 novembre 1896. — Homme grand, bien conformé, grisonnant, très amaigri.

Troubles intellectuels. — Délire parfois la nuit, surtout quand les douleurs sont très intenses.

Troubles moteurs. — Les forces sont assez bien conservées. Incoordination. Le malade lance les jambes en avant et en dehors, frappe du talon. La marche est impossible la nuit dans l'obscurité. Aux mains il mentionne les crampes qui sollicitent la flexion forcée des doigts. N'a jamais eu de paralysie ni d'attaque.

Troubles de sensibilité. — Le malade accuse des douleurs fulgurantes dans les deux jambes, surtout à droite et dans les flancs : pendant la marche il ressent la sensation d'épingles sous la plante des pieds ; il se fatigue très vite. Il perd les jambes dans son lit. Il confond la piqûre avec le tirage des poils : il est peu sensible à la piqûre d'une épingle. Il sent bien le chatouillement, il distingue le chaud et le froid. Il reconnaît bien les mouvements passifs ; il exécute bien les mouvements commandés les yeux fermés ; peu ou pas de retard de perception, mais n'accuse deux sensations distinctes que quand on le touche à deux points assez éloignés. Ailleurs qu'aux jambes la sensibilité est normale. En résumé il y a peu d'anesthésie, peu

d'analgésie aux extrémités inférieures. Pas de céphalée, mais vertiges, éblouissements.

Vue. — L'acuité visuelle est diminuée, surtout à droite, pupilles égales, brouillard devant l'œil droit ; a eu de la diplopie passagère. Signe d'Argyl Robertson. Champ visuel rétréci. A l'ophtalmoscope on trouve : atrophie blanche de la moitié temporale de la pupille gauche, atrophie blanche des deux tiers temporaux de la pupille droite.

Ouïe. — abolie à droite, diminuée à gauche. Sifflement dans les deux oreilles.

Réflexes patellaires. — Abolis des deux côtés.

Troubles trophiques. — Chute de toutes les dents du côté droit de la mâchoire supérieure il y a huit ans. Œdème des pieds. Un peu d'atrophie musculaire aux jambes. Herpès zona du flanc droit. Au flanc gauche, trois gros furoncles.

Sphincters. — Paralysie du sphincter vésical, incontinence : le malade ne sent pas toujours le besoin ni le passage. Urine normale sauf phosphates 9.75, acide phosphorique 5.25.

Sphincter anal : le malade sent le besoin de déféquer toutes les minutes, mais ne peut pousser et ne sent pas le passage des matières.

Système digestif. — Crises gastriques. Parésie intestinale (ballonnement) et rectale (constipation). Le système circulatoire et respiratoire ne présente rien de particulier.

Depuis le début, la maladie suit progressivement sa marche fatale. Les douleurs du zona persistent et s'irradient dans le ventre jusqu'à l'aîne. C'est une sensation de brûlure surtout dans la moitié droite du tronc. Le malade prétend qu'il a un trou dans le flanc droit où entrent et sortent de petits animaux qui le mangent, le pincent, le brûlent etc. Il se lève la nuit, erre dans la chambre et le

corridor. Son état mental s'accroît toujours il s'exprime mal, confusément, ne répond pas aux questions, déraisonne. Les urines s'altèrent, elles contiennent de l'albumine, du pus et des traces de sang.

Au niveau du grand trochanter droit, se forme un phlegmon qui suppure, s'ouvre spontanément et se cicatrice lentement : la plaie s'est à peine refermée que se forme une eschare sacrée.

Pendant ce temps, le malade continue à délirer et à avoir des sensations extraordinaires. Il est agité le jour et la nuit, se roule par terre en proie à des hallucinations, accuse les malades et les médecins de lui ouvrir le ventre, d'y mettre des bêtes, du fil de fer, etc.

La déchéance physique et psychique fait des progrès jusqu'à la mort qui survient le 6 juin 1897.

Résumé de l'autopsie faite par M. le Dr GLOCKNER.

Pachyméningite hémorragique et leptoméningite cérébrale. Œdème sous arachnoïdien.

Pachyméningite adhésive spinale surtout dans la moelle dorsale inférieure. Sclérose des cordons postérieurs peu prononcée. Œdème pulmonaire et broncho-pneumonie droite. Bronchite chronique. Vessie à colonnes avec formation de diverticules et d'abcès dans les parois de la vessie. Pyélite ascendante. Néphrite paranchymateuse. Petit polype du rectum.

Examen microscopique de la moelle. — 1° Moelle cervicale (renflement cervical). — Forte dégénération des cordons postérieurs, qui est surtout accusée dans les parties ventrales du cordon Burdach et dans les parties médianes du cordon de Goll. Le champ ventral des cordons postérieurs est aussi atteint, mais d'une façon moins prononcée, ainsi que les parties latérales du cordon de Burdach.

Les racines postérieures sont très fortement dégénérées, les racines antérieures présentent également un certain degré de dégénérescence. Les zones de Lissauer sont for-

tement atteintes. Les cellules ganglionnaires, de la partie médiane des cornes antérieures sont diminuées de nombre et déconfigurées, leurs prolongements présentent souvent une forme de tire-bouchon, il y existe de la chromatolyse. Les cordons latéraux des pyramides offrent une légère dégénérescence.

2° *Moëlle dorsale inférieure.* — Les racines antérieures et postérieures se comportent comme à la moëlle cervicale.

Les cordons postérieurs sont entièrement dégénérés, sauf le champ ventral. La dégénérescence la plus prononcée est dans la ligne médiane (cordon de Goll) dans les parties ventrales et à la limite des cordons de Goll et de Burdach. Les cordons latéraux des pyramides sont peu atteints. Les cellules des colonnes de Clarke (noyaux de Stilling) sont très fortement dégénérées. Les cellules de la corne antérieure sont moins atteintes que dans la moëlle cervicale.

3° *Moëlle lombaire supérieure.* — Les racines antérieures et postérieures se comportent comme suit : 1° les cellules des colonnes de Clarke sont comme : 2° le champ ventral des cordons postérieurs qui est indemne. Les parties dorsales du cordon de Goll et Burdach sont peu atteintes, le reste des cordons postérieurs offre une dégénérescence très accusée. Les cellules de la corne antérieure sont assez bien conservées, le cordon latéral des pyramides est indemne.

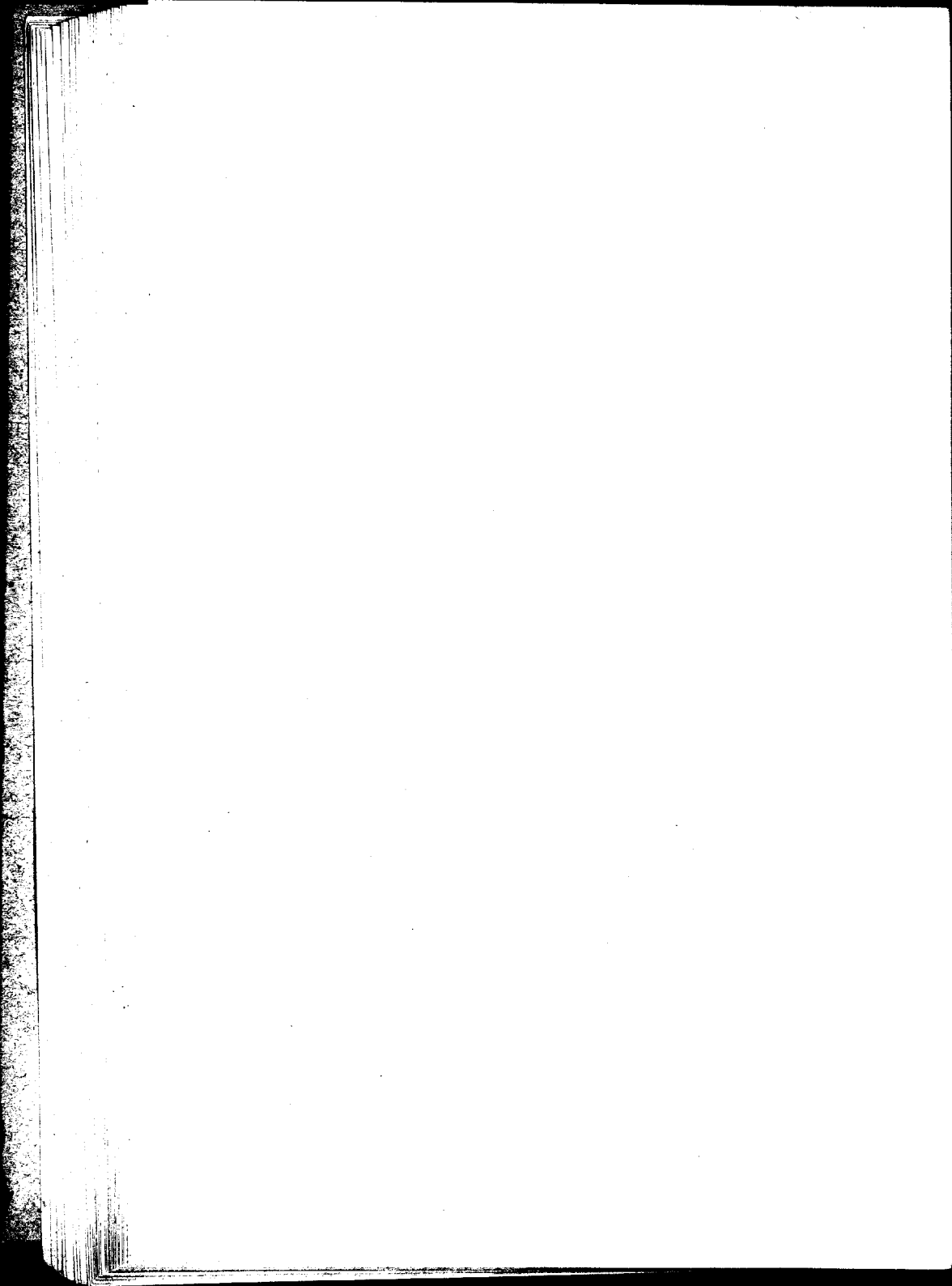
4° *Méninges.* — La dure-mère est épaissie. Elle offre les signes d'une inflammation chronique. L'arachnoïde ne présente rien de particulier. La pie-mère est très épaissie et présente à beaucoup d'endroits des adhérences. Elle est infiltrée de nombreuses petites cellules rondes. Les petits vaisseaux de la moëlle sont épaissis, surtout dans leurs tuniques externes et entourés d'une gaine de petites cellules rondes. Dans toute la moëlle, il y a des corps amyloïdes en petit nombre.

Donc, anatomiquement, il s'agit d'un tabès dorsal combiné avec des altérations des racines antérieures, des cellules ganglionnaires, des cornes antérieures et des cordons latéraux des pyramides.

Les cordons de Burdach sont les plus fortement atteints. Il existe une leptoméningite chronique. Le ganglion de Gasser droit et les trois branches du trijumeau droit qui partent de ce ganglion présentent une atrophie très accusée avec dégénérescence des tubes nerveux et prolifération du tissu conjonctif entre les faisceaux qui constituent ces nerfs. C'est la seconde branche qui est la plus atteinte. Le ganglion de Gasser gauche et la cinquième paire gauche sont normaux. Le dixième nerf intercostal droit offre aussi une atrophie prononcée avec dégénérescence d'un certain nombre de ses tubes nerveux.

OBSERVATIONS

de mal Perforant buccal



OBSERVATION I

Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires. —

LÉON LABBÉ : *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*. 1868, T. IX.

Le nommé A...., âgé de 42 ans est entré dans la salle de l'hôpital des cliniques, le 10 mars 1868 pour une perforation de la voûte du palais. Il raconte qu'il est né de parents bien portants. Son père est mort à l'âge de 62 ans, d'une attaque d'apoplexie. Sa mère est morte à l'âge de 42 ans, d'une plaie à la jambe, pour laquelle on lui avait proposé l'amputation, mais de nature mal définie.

Il s'est très bien porté dans sa jeunesse, n'a jamais eu de gourmes, ni aucune autre manifestation de la scrofule. Il habitait avec ses parent, un logement sain, se nourrissant bien, se trouvait, en somme, dans d'excellentes conditions hygiéniques. Il a commencé à 14 ans à apprendre le métier de graveur sur pierres.

Sa vue était parfaite, et ce métier l'exige. Il ne louchait pas du tout. A 20 ans, il a contracté un chancre de la verge, induré, unique, qui a séparé en deux la partie inférieure du prépuce. Il a fait un traitement local : cautérisation par le nitrate d'argent, application de vin aromatique. Il s'est formé deux grosseurs dans l'aîne, que des sangsues ont fait disparaître. Trois mois après, il a eu des plaques muqueuses, dont on voit encore la cicatrice un peu au-dessous de la commissure droite des lèvres, et quelques semaines après, des taches se sont montrées sur la poitrine et le ventre. Il n'en a pas eu au cou ni à la face. M. Ricord, que le malade alla consulter, ordonna des pilules de protoiodure de mercure et le sirop de Cui-

sinier. Ce traitement a été suivi pendant trois ou quatre mois, mais assez irrégulièrement. Le malade n'avait rien changé à son régime, faisait d'assez fréquentes libations et fumait pour huit sous de tabac par jour. S'apercevant enfin qu'il ne guérissait pas et qu'il était toujours plus malade, après une nouvelle débauche, il entra à l'hôpital de la Pitié (service de M. Clément).

Il y resta sept semaines, pendant lesquelles il fut soumis à un traitement dépuratif et prit des bains alcalins. Il en sortit à peu près guéri. Sa santé se rétablit, en effet, d'une façon complète, si bien qu'il se maria quelques années après, à l'âge de 25 ans. Il n'a eu de son mariage que deux enfants, un garçon de 16 ans et une fille de 12 ans. Ils sont, dit-il, très frais et d'une santé excellente.

Après son mariage il a continué son métier de graveur sur pierres. C'est un travail minutieux qui exige une grande attention.

Il travaillait beaucoup et passait une partie de ses nuits à l'établi. Il avait la vue très nette. Il se portait bien. Pourtant il avait de temps en temps des adénites dans le creux axillaire, à droite plutôt qu'à gauche : son travail, selon lui, était en cause.

Il suait beaucoup, et souvent, dit-il, il était pris d'une sueur subite qui venait presque sans motif et disparaissait très rapidement, laissant après elle un sentiment de froid. Sa vue était parfaitement régulière.

Il y a 8 ou 9 ans, il a été pris tout d'un coup, un jour qu'il travaillait comme d'ordinaire, d'éblouissements. La vue s'est subitement troublée. Les objets ne lui apparaissaient plus qu'à travers un brouillard, si épais qu'il n'aurait pas pu se conduire. Il prit une purgation dont l'effet fut nul, et le lendemain alla consulter M. Desmarres. Celui-ci prescrivit des applications successives de ventouse à chaque tempe, et ordonna des pilules. Un mieux marqué arriva bientôt ; puis une petite grosseur se forma dans l'angle interne de l'œil droit qui fut ouverte par

M. Desmarres et d'où sortit du pus avec du sang. Un collyre fut ordonné, et bientôt le malade se trouva délivré de tout ce qu'il avait eu du côté des yeux. Il était allé habiter Pontoise. Il avait un logement humide.

Au bout de ces trois ans, il revint à Paris. Il habitait à Vaugirard avec toute sa famille, un logement assez malsain. Il se portait bien et travaillait parfaitement au moment de son retour. Cela ne dura que six semaines. Sa vue redevint trouble, non pas comme la première fois, car il pouvait travailler encore, mais d'une façon notable pourtant. Il revint vers M. Desmarres, qui ordonna des pilules et de la tisane de chicorée, et pratiqua une saignée au bras. Les troubles de la vue ne firent qu'augmenter. L'œil gauche se prit tout à fait, et il paraît avoir été à un moment le siège d'une inflammation générale. Les paupières étaient très rouges, dit le malade : le jour ne pouvait être supporté, etc.

Plus tard, l'œil droit fut pris à son tour. Après avoir fait prendre assez longtemps les pilules qu'il avait précédemment ordonnées, puis d'autres pilules, M. Desmarres ordonna de l'iodure de potassium. Le malade a pris de l'iodure de potassium pendant fort longtemps, près de deux ans et demi. Les troubles de la vue qu'il avait présentés avaient depuis longtemps disparu. L'œil gauche était tout à fait normal ; l'œil droit était très bon aussi ; mais la paupière supérieure commençait à tomber au-devant de l'œil.

Le malade se croyait bien guéri. Il abandonna enfin tout traitement. C'est peu de temps après (il y a environ trois ans de cela, aujourd'hui), que les phénomènes observés du côté de la bouche commencèrent à se manifester. Ses dents tout d'abord s'ébranlèrent, celles de devant les premières. Elles n'étaient ni gâtées ni douloureuses. Seulement elles se détachaient les unes après les autres. Le malade n'avait qu'à tirer très légèrement, et elles cédaient. Quand elle étaient ainsi enlevées de l'alvéole, il ne s'écou-

lait que très peu de sang, ou même il ne s'en écoulait point du tout. Les gencives se refermaient assez bien après la chute des dents. Il y eut une exception pour les grosses molaires du côté gauche. Quand elles tombèrent, il s'écoula une quantité de sang abondante et la gencive ne se referma point. Le malade sentait en y passant la langue une cavité assez considérable.

Une hémorragie assez considérable se fit huit jours après par cette ouverture : le malade prétend avoir perdu, à ce moment, deux litres de sang. On l'arrêta par le perchlorure de fer. Elle se reproduisit 15 jours après, et de nouveau un mois après. Depuis lors, il ne s'en est pas fait de nouvelle.

En même temps que se produisaient ces phénomènes, la paupière supérieure tombait sur l'œil droit, de plus en plus : c'est le seul trouble oculaire dont le malade se soit aperçu. Le malade est resté chez lui depuis cette époque. Il n'a suivi aucun traitement. Comme la perte de substance qu'il constatait après la chute des molaires du côté gauche s'est fort agrandie, que la voûte palatine est en partie détruite et qu'il en résulte des troubles fonctionnels fort gênants pour le malade et toujours croissants d'ailleurs, il se décide à entrer à l'hôpital des cliniques, le 10 mars 1868, dans le service de M. Jarjavay, remplacé par M. Labbé.

Depuis qu'il est à l'hôpital, ce malade n'a présenté à notre observation aucun phénomène nouveau. L'état actuel est à peu près celui qu'il présentait au moment de son entrée. Pourtant, la destruction des os continue. Elle se fait seulement avec une extrême lenteur. Ce n'est guère que du côté de l'alvéole droite que nous avons pu constater ce fait d'une façon positive.

Etat actuel. Examen de la cavité buccale. — Il n'existe plus dans la bouche que trois dents, qui se trouvent placées du côté gauche sur la mâchoire inférieure. On voit

à la mâchoire supérieure du côté gauche, une vaste perte de substance, beaucoup plus longue que large, occupant tout le bord alvéolaire qui a complètement disparu, jusqu'à l'apophyse. Elle s'étend en dedans et en avant jusqu'à quelques millimètres de la partie médiane de la voûte palatine. En arrière, la perforation va en diminuant de largeur.

La cavité nasale du côté gauche est visible dans toute son étendue. Le vomer, les cornets inférieur et moyen, la cavité du sinus maxillaire, sont à découvert. Un stylet introduit par cette large ouverture, dans la cavité nasale, peut y être porté dans tous les sens. Le doigt peut y être porté lui-même. On constate aisément ainsi la destruction complète du rebord alvéolaire. La partie externe de la cavité buccale est formée uniquement ici par les tissus de la joue. Le voile du palais est intact.

Du côté droit, le bord alvéolaire est en train de disparaître insensiblement, comme il l'a fait du côté gauche. Il y a là un commencement de perforation qui, selon le malade, a commencé quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Le fond de la gorge, la muqueuse de la bouche sont parfaitement sains. En raison de ces altérations de la voûte palatine, la mastication est impossible. Le malade a soin de hacher ses aliments et il les avale sans les mâcher. Le moindre mouvement de toux les fait passer par le nez. La parole est sourde, nasonnée au dernier point. Il faut écouter le malade attentivement pour le comprendre.

Les fonctions digestives se font très bien. Les fonctions de l'appareil pulmonaire sont bien remplies.

La verge présente seulement la trace du chancre que le malade a contracté il y a 22 ans. Il faut noter des particularités très remarquables du côté du système nerveux, de l'appareil locomoteur et du sens de la vision.

Le malade est faible. Il se plaint d'éprouver dans les membres inférieurs, depuis plusieurs mois, des douleurs

subites, fulgurantes, rapides et groupées par paroxysmes, qui reviennent d'une façon irrégulière de temps en temps, tous les quinze jours ou tous les mois par exemple, et qui sont assez vives pour l'empêcher de dormir et lui arracher des cris. Elles se font sentir surtout quand le malade est au repos et particulièrement la nuit.

La sensibilité de la face est à peu près normale. Un peu d'analgésie peut-être. La sensibilité de la muqueuse buccale a disparu dans un très grand nombre de points.

Œil droit. — La paupière est complètement abaissée, et depuis un an elle ne peut être relevée. Le releveur de la paupière est paralysé, le releveur de la pupille l'est aussi ; quand on relève la paupière et qu'on fait suivre un objet des yeux par le malade, on constate de la diplopie quand cet objet est porté en haut. Diplopie de même quand l'objet est placé à gauche, et paralysie du droit interne. La diplopie est très sensible quand l'objet est placé très peu à gauche, presque sur la ligne médiane ; quand on l'éloigne davantage, la seconde image devient très confuse, et la diplopie semble disparue. Un peu de diplopie en bas. Paralysie du droit inférieur, sensible surtout quand la paupière inférieure est écartée. Pas de diplopie en dehors. En résumé, paralysie de la troisième paire. Les pupilles n'offrent pas d'inégalité marquée. Le malade peut lire de l'œil droit (avec ses lunettes de presbyte), quand on relève la paupière.

Œil gauche. — Il présente une chute de la paupière supérieure incomplète. Le malade est obligé de relever toujours la tête pour mieux voir, à raison de cette chute de la paupière. L'œil est parfaitement mobile dans tous les sens.

La marche, la station debout et assis sont normales, à part un peu de faiblesse qui se fait sentir dans la marche.

Quand les yeux sont fermés tous deux, la marche est un

peu vacillante. On ne peut pas dire pourtant que les pieds frappent le sol d'une façon notable.

Le sol est bien senti d'ailleurs, la plante du pied n'a rien perdu de sa sensibilité ; quand l'œil gauche est fermé, que l'œil droit est seul ouvert (autant que la paupière qui tombe le permet), la marche est singulièrement modifiée. Le malade se sent porté à tomber sur le côté droit ou à tourner de ce côté (je l'ai constaté hier pour la première fois).

OBSERVATION II

Affection singulière du maxillaire supérieur, caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire.

DOLBEAU. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1869, T. X).

Le nommé G... Jules, âgé de 50 ans, égoutier, entre à l'hôpital le 12 mars 1869 pour une kérato-conjonctivite ulcéreuse rebelle, à gauche. Il est atteint d'une altération singulière du maxillaire supérieur, qu'il n'a jamais soignée et sur laquelle il attire à peine l'attention. Il raconte qu'il est né de parents bien portants : son père travaillait dans une officine de pharmacien, et serait mort d'une dysenterie ; il était très sobre. Sa mère, dont la santé était bonne également, est morte asphyxiée par le charbon.

A partir de 13 ans, il fit le métier d'imprimeur en taille douce pendant 3 ans ; puis il travailla au chemin de fer comme homme de peine. Vers l'âge de 22 ans, il eut sur la verge de petites ulcérations dont il précise mal le nombre, la forme, la marche et la durée. Le malade affirme n'avoir jamais eu sur la peau d'éruptions, de croû-

tes ou d'ulcérations ; il ne prit aucun traitement anti-syphilitique, et continua son travail sans interruption.

Il était d'un tempérament très ardent, et, avant son mariage, aussi bien que depuis, il a satisfait sans relâche et sans fatigue à ses appétits génésiques. Il a eu 15 enfants. A l'âge de 23 ans, il prit une place de balayeur public qu'il garda 10 ans ; sa santé était excellente.

A 33 ans, il entra comme égoutier dans les aqueducs de Paris. Malgré le froid, l'humidité, le travail pénible jour et nuit, dans les égoûts, il ne contracta jamais de maladie sérieuse.

Quelques douleurs rhumatismales qui lui viennent encore de temps en temps, quelques légères ophtalmies à répétition sont les seuls accidents qu'il ait éprouvés. Il n'a jamais eu mal aux dents. Ses dents étaient bien constituées et fort solides. Le malade se rappelle avoir cassé un jour, 150 noyaux d'abricots. Il y a sept ans, ses dents commencèrent à s'ébranler à la mâchoire supérieure. Il n'avait à ce moment ni puanteur d'haleine ni puanteur du nez : il a remarqué que la sécrétion du nez a toujours été sèche chez lui. C'est une molaire du côté droit qui s'ébranla la première. Le malade l'arracha lui-même avec les doigts, et cette extraction s'opéra sans douleur, sans suppuration et presque sans écoulement de sang. Le malade ne donne que des renseignements incomplets sur la marche qu'aurait suivi cette dégradation, et ne peut préciser par quelle dent la maladie débuta.

Les dents qu'il cueillait ainsi n'étaient pas altérées en apparence ; elles étaient blanches et sans aucun point de carie. Les dernières paraissaient être tombées, il y a trois ans ; cependant le malade est loin d'être précis pour affirmer cette date. A une époque qu'il ne détermine pas, il aurait enlevé du côté gauche, avec la pointe de son couteau, un petit fragment d'os qui branlait. Ce petit fragment était gros comme une dent ordinaire, « mâ-

churé » arrondi. Le malade l'a jeté aussitôt. Un léger écoulement sanguin s'ensuivit.

Il y a deux ans, panaris gangréneux du pouce droit, causé par une arête de poisson, traité par M. Richard, à l'hôpital Beaujon. Il y a trois mois, il attrapa un coup d'air, et, croyant que c'était un accident analogue aux coups d'air qu'il avait souvent eus déjà, il n'y fit pas grande attention, mais le soigna cependant avec de l'eau de Mélilot.

Etat actuel. — C'est un homme de taille moyenne, solidement bâti ; les diverses parties de son squelette semblent assez volumineuses. Il est bien musclé, bien portant et très fort pour son âge. La face paraît bien conformée. Les yeux sont extrêmement saillants. Kérato-conjonctivite et ulcération de la cornée à gauche. L'examen ophtalmique montre une atrophie choroïdienne double avec disparition du pigment par places. Cependant la vision n'est pas troublée. Les pommettes ont une saillie normale, peut-être un peu plus accusée. La lèvre supérieure est affaissée et reportée en arrière sur sa partie médiane. Le son de la voix n'est pas naturel et se rapproche du nasonnement, circonstance qui tient évidemment à une altération de l'os maxillaire, car le voile du palais fonctionne bien.

En ouvrant la bouche, ce qui frappe d'abord, c'est que le bord alvéolaire supérieur manque dans toute son étendue, si bien que la surface totale de la voûte palatine affecte la forme d'un triangle, dont la base postérieure correspond à l'insertion du voile du palais, et dont le sommet est situé sur la ligne médiane à 3 centimètres en arrière des alvéoles incisives. En examinant plus profondément, on est frappé de l'existence de deux cavités symétriques, de forme triangulaire, tapissées par une membrane muqueuse de couleur différente de celle de la bouche ; elle est plus rouge. Ces deux cavités sont évi-

demment les deux sinus maxillaires, et en effet leur situation, leur forme triangulaire rappellent celle de ces organes. De plus, ces cavités communiquent manifestement avec les fosses nasales, ainsi que cela est démontré par le passage des liquides, et bien que le cathétérisme ne puisse préciser le siège de cette communication. Si l'on introduit le doigt dans ces cavités, on arrive à toucher le plancher de l'orbite, les deux doigts étant introduits dans ces cavités, si l'on essaie d'imprimer divers mouvements à la voûte palatine qui les sépare, on constate que l'os est normalement uni au reste de la face. A gauche, le doigt s'enfonce plus profondément, en sorte qu'il est impossible également d'abaisser le triangle osseux. On peut admettre que le reste du maxillaire est intact sur tous les points qui le rattachent à la face. Le voile du palais est normal et peu vascularisé : la luette est longue et touche la base de la langue. La mâchoire inférieure a perdu du côté gauche ses trois dernières molaires : les deux dernières sont tombées après s'être ébranlées, sans douleur et le malade les a cueillies. L'antérieure qui est la deuxième molaire, est cariée, et l'on voit encore le chicot. Du côté droit, la dernière molaire est actuellement ébranlée : le malade n'en souffre pas. Les autres sont saines ainsi que les canines et les incisives qui tiennent bon. Rien de particulier au pharynx. La mastication est gênée et ralentie. Pas de signes de lésion au cœur, ni au poulmon. L'urine analysée ne contient ni sucre, ni albumine.

11 mai. — La kérato-conjonctivite, traitée par le collyre au sulfate de zinc et au laudanum, a disparu ; le malade conserve toujours un peu de photophobie et de larmoiement. Il reste sur la cornée de l'œil gauche une tache assez transparente, du volume d'un grain de millet, et située en dedans et au-dessous de l'axe de l'œil. L'altération osseuse du maxillaire supérieur est restée la même.

OBSERVATION III

ATROPHIE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS.

A. DUBREUIL. — (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier*, 18 juillet 1885).

Ayant eu récemment dans mon service un malade atteint d'une maladie encore fort peu connue, l'atrophie des maxillaires supérieurs, et ayant pu en faire l'autopsie, j'ai réuni tous les documents parus en France sur ce sujet. Je regrette que l'observation et l'autopsie qui me sont personnelles soient un peu écourtées : mais j'espère que, telles que, elles auront encore un certain intérêt.

Il..., âgé de 33 ans, cultivateur, entré le 25 mars 1885. Aucune maladie antérieure grave. Vers l'âge de 15 ans, le malade a souffert pendant quelque temps d'accès de suffocation (palpitations de cœur probablement). Le malade a toujours travaillé la terre. La mère est morte à l'âge de 70 ans. Père vivant, 80 ans. Une sœur et deux frères bien portants. Il y a un an environ, le malade a commencé à perdre ses dents sans souffrance : ce sont les molaires qui ont disparu les premières. Les dents s'ébranlaient d'abord : puis elles tombaient spontanément pendant la mastication, ou bien le malade les arrachait avec les doigts. Aucune de ces dents n'était cariée. Au bout de six mois, il ne reste plus aucune dent de la mâchoire supérieure. Pendant cette période, pas la moindre douleur. Lorsque la chute des dents a été complète, le bord gingival s'est aminci et ulcéré sur certains points : puis sont survenues des hémorragies peu abondantes par les narines. En même temps, le malade a éprouvé des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs survenant

surtout la nuit, fugaces, rapides, disparaissant au bout d'un instant. Les médecins de Béziers, consultés à diverses reprises, n'ont formulé aucun traitement et se sont bornés à extraire par les fosses nasales des fragments d'os recouverts de muqueuse.

Etat actuel. — Forme triangulaire de la voûte palatine, aspect cicatriciel sur les côtés, fistule communiquant avec les fosses nasales à gauche. A droite on a retiré une esquille. On arrive jusqu'au plancher de l'orbite. L'intelligence du malade est très médiocre. Le malade succombe le 15 avril, après avoir présenté depuis quelques jours des phénomènes cardiaques et de l'anasarque.

Autopsie. — 1° Epanchement considérable dans la plèvre des deux côtés, fausses membranes : congestion pulmonaire double ;

2° Epanchement dans le péricarde ;

3° Hypertrophie énorme du cœur. Endocardite ulcéreuse, dépôts calcaires, surtout au niveau de la valvule mitrale ;

4° Congestion des viscères.

5° Cerveau petit (1.275 grammes). Ce sont surtout les lobes frontaux qui sont peu développés. Piqué très marqué, rien dans les méninges.

La moelle de ce malade fut d'abord traitée assez malencontreusement : je craignis même un instant que l'examen microscopique ne fût possible ; mais à force de soins et de patience, M. Carrieu, chef des travaux d'histologie et d'anatomie pathologique et agrégé de notre faculté, a pu faire un examen fructueux.

Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet. La portion de moelle épinière que j'ai eue à examiner appartient à la région cervico-dorsale. A cause de son durcissement défec-tueux, les coupes en sont difficiles à réussir et à colorer. Cependant, sur un certain nombre de coupes, on peut se

convaincre que la moelle n'est pas complètement normale. Tout d'abord on est frappé de l'épaississement des enveloppes méningées à la partie postérieure. La dure-mère surtout est épaissie et renferme des vaisseaux volumineux gorgés de globules sanguins. Ces tubes nerveux des racines postérieures apparaissent avec leur aspect normal. Leur myéline est bien conservée ; le tissu conjonctif ambiant, assez net, ne paraît pas épaissi.

Les cornes antérieures sont saines : elles possèdent leurs groupes cellulaires avec leurs caractères normaux. Les grosses cellules antérieures sont seulement un peu ratatinées à cause du durcissement défectueux, mais elles prennent bien le carmin et possèdent un noyau nucléolé très net avec des prolongements parfaitement visibles. La corne gauche est un peu déjetée et amincie, fort probablement par le fait du durcissement trop prolongé. Le canal épendymaire est rétréci et obstrué par des amas cellulaires, mais il n'y a rien d'anormal tout autour. Les cordons antéro-latéraux, trop durcis par l'acide chromique, sont très friables et ne prennent le carmin qu'avec une grande difficulté. L'altération siège dans le sinus formé par l'écartement des cornes postérieures. Ce ne sont pas seulement les cordons de Goll qui sont atteints d'une façon exclusive et systématique. La sclérose est diffuse et arrive jusqu'aux cornes postérieures. Elle est surtout marquée à l'extrémité interne de la corne postérieure droite, qui présente une plaque très fortement colorée par le carmin, et où l'on peut voir à un grossissement suffisant des faisceaux conjonctifs volumineux et serrés ayant étouffé les éléments nerveux à ce niveau. Des préparations obtenues après l'opération par la méthode de Weiger indiquent dans les mêmes points une absence de myéline dans les tubes nerveux, ce qui se traduit par une coloration rosée, tandis que les cordons antéro-latéraux sont fortement teints par l'hématoxyline. Cette altération semble augmenter à mesure qu'on s'élève dans la région cervicale :

elle finit par disparaître. Malheureusement nous n'avons pu faire l'examen de la région cervicale proprement dite du bulbe. Nous ne pouvons donc indiquer ce que devient la lésion au niveau des racines et des noyaux des nerfs allant au maxillaire inférieur.

Y a-t-il même une corrélation entre cette sclérose diffuse postérieure et l'atrophie du maxillaire ? Cela est difficile à affirmer. En tout cas, il nous paraît intéressant d'avoir démontré que la moelle de ce malade n'était pas indemne, que l'altération siégeait à la région cervicale, qu'elle ne se rapporte ni à une sclérose systématique du cordon de Goll, ni à une sclérose radiculaire postérieure, comme dans l'ataxie proprement dite.

M. Kiéner, qui a examiné des portions du maxillaire supérieur enlevé post mortum, a trouvé les lésions de la nécrose, et rien autre. Le cadavre étant réclamé, on n'a pu examiner les nerfs maxillaires supérieurs.

OBSERVATION IV

Mal perforant buccal, par M. MIGNON. (Société anatomique de Paris, avril 1898, p. 308).

J'ai l'honneur de présenter à la Société, l'observation d'un malade chez lequel j'ai pu constater l'affection décrite récemment par Baudet dans sa thèse, et peu de temps après par mon maître, M. Letulle, sous le nom perforant buccal. (Rev. méd., 2 avril 1898).

Ayant remarqué en le questionnant que sa voix était nasonnée, nous avons examiné sa bouche où nous avons vu aussitôt des lésions très particulières. Du côté gauche une large portion de la voûte palatine était détruite, et la perte de substance comprenait toute la partie correspon-

dante du rebord alvéolaire. Cette vaste perforation présentait une forme allongée d'avant en arrière, mesurant une longueur de près de 3 centimètres et une largeur de un centimètre en avant et de un centimètre et demi en arrière. La limite postérieure correspondait au bord adhérent du voile du palais. La muqueuse qui recouvrait ses bords était blanchâtre, légèrement ulcérée à certains endroits, mais semblait en voie de cicatrisation. Par l'excavation, on apercevait la fosse nasale correspondante qui présentait des mucosités, mais ne semblait pas ulcérée.

Toute la muqueuse des bords était épaisse et plissée. En faisant la rhinoscopie, on pouvait constater les lésions de la rhinite atrophique et faire passer un stylet par la vaste perforation ; l'exploration des lésions avec l'instrument était très peu douloureuse.

On constate en même temps la chute de toutes les dents qui occupaient le rebord alvéolaire détruit, tandis qu'au contraire, en se dirigeant de la canine gauche supérieure vers les molaires droites, on remarque l'intégrité presque complète de la dentition. La mâchoire inférieure ne présente rien de particulier.

Le malade, âgé de 55 ans, dit que, depuis un an, les dents du côté gauche de sa mâchoire supérieure sont tombées successivement, en commençant par la dernière molaire : il n'a ressenti aucune douleur, n'a eu aucune tuméfaction, ni augmentation de volume de la région, mais il s'est aperçu un jour que le liquide alimentaire passait dans ses fosses nasales, puis les aliments solides, mais il ne semble pas se rendre compte de l'importance de la lésion, tant l'anesthésie est manifeste : en même temps que la mastication était gênée, l'haleine devenait fétide, la parole difficile et la voix se modifiait.

En cherchant la cause de l'affection, nous apprenons que le malade a eu probablement la syphilis il y a 30 ans, il n'a pas eu de fièvre éruptive, ni aucune autre affection grave ; pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni d'état

cachectique ; actuellement il présente les premiers signes du tabès, mais n'a encore jamais été soigné pour cette affection.

OBSERVATION V

COMPAIRED. — (*Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 14 avril 1900). — *Un cas de mal perforant de la bouche.*

Le 4 novembre dernier, se présente à ma consultation du Refuge, où il figura sous le n° 1.974 du registre, Jean-Baptiste T..., âgé de 27 ans, sacristain, natif de Harche (Guadalajara).

Ce malade se plaignait de souffrir de la bouche depuis un an. Son mal consistait dans la chute des dents, principalement des molaires, sans suppuration préalable. A leur place, il se produisait une large perforation qui, peu à peu et sans s'arrêter dans sa marche, allait en s'agrandissant.

L'haleine est fétide, mais d'une fétidité distincte de celle des ozéneux, des syphilitiques et des malades qui sont atteints d'une affection gangréneuse de la bouche ou de la gorge. Elle se rapproche plutôt de celle qu'on note chez les personnes qui ont peu de soin de leur bouche.

Cet homme prétend n'avoir jamais été malade, il n'a jamais eu la syphilis ni d'affections vénériennes. Il ne se plaint ni de névralgies, ni de troubles de la marche, ni de vertiges.

A l'examen de la bouche, on constate en premier lieu un très grand manque de propreté et de soin. On remarque en quelques points des dépôts de tartre d'épaisseur variable. L'un d'eux, situé sur la gencive en regard de la

première prémolaire supérieure gauche, présente la grosseur d'un pois chiche. Après avoir extrait cette concrétion, il restait une cavité qui se dirigeait vers la racine de la molaire. Tout le rebord alvéolaire était carié, laissant ainsi la dent presque sans adhérence à la mâchoire. La molaire ne fut pas enlevée, mais à la visite suivante, elle était déjà tombée.

Dans la partie correspondant à l'avant-dernière et à la dernière molaire de ce même côté et au même maxillaire, les lésions étaient encore plus avancées. Il existait là une grande perforation qui mesurait environ deux centimètres de large sur trois et demi de profondeur. Son origine, d'après le malade, avait été identique à celle de la première prémolaire décrite plus haut.

Dans cet examen et dans les deux ou trois qui suivirent, en l'absence d'antécédents et de manifestations syphilitiques, tuberculeuses, etc.... en l'absence encore de toute suppuration locale, je ne pus élucider le diagnostic, et j'avoue ne pas avoir su de quoi il s'agissait. Le malade n'avait ni ganglions cervicaux ni inguinaux. Il avait été soigné au dispensaire médico-international, et dans diverses autres consultations. Il semblait que dans quelques-unes d'elles, on avait, au dire du malade, diagnostiqué tantôt un épithélioma, tantôt un lupus. On ne trouvait pas non plus de symptômes ni de manifestations tabétiques, ni même les signes de la période initiale ou préataxique : il ne se manifestait en effet, ni douleurs névralgiques, ni paresthésies, ni paralysie, etc.

L'examen ophtalmoscopique démontra qu'il y avait une intégrité absolue de la papille, de la rétine et du nerf.

Restant dans le doute au sujet d'antécédents personnels ou héréditaires de nature syphilitique qui, par hasard, auraient pu exister, je prescrivais en outre de lavages antiseptiques, du biiodure de mercure, de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Mais ce traitement aggrava le mal, et il en fut de même quand, quelque temps après, je revins à la même médication pour en avoir d'une façon absolue le cœur net.

Il n'était plus douteux dorénavant que l'affection n'était pas syphilitique. Il ne s'agissait pas non plus de tuberculose. Du reste, pas le moindre antécédent et l'état général était bon.

L'examen microscopique de détritits recueillis au point malade ne révélait que des globules de pus et pas de bacilles tuberculeux.

Il en résultait donc que l'affection était purement locale et que son évolution symptomatique cadrait absolument avec le processus morbide connu sous le nom de mal perforant de la bouche.

OBSERVATION VI

II. RODIER et CAPDEPONT. — (*Revue de Stomatologie*, décembre 1903, p. 569). — *Mal perforant buccal chez une femme ataxique.*

Mme Maria C..., âgée de 44 ans.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort d'une affection pulmonaire aiguë à 56 ans. Mère, nerveuse, s'est empoisonnée à l'âge de 49 ans.

La malade est hospitalisée à Lariboisière dans le service de M. le Dr Gaillard, pour des crises gastriques tellement violentes que l'ingestion de tout aliment solide provoque des vomissements immédiats et très douloureux. La malade ne nous signale qu'une pleurésie il y a quatre ans. Mariée depuis 25 ans, elle n'a jamais eu de grossesse. Jamais elle n'a présenté de signes qui puissent

permettre d'affirmer la syphilis. Elle ne présente pas non plus de symptômes d'alcoolisme ou de tout autre intoxication. Enfant, sans doute (car elle n'en a point gardé le souvenir), elle eut une ulcération de la cornée de l'œil gauche. Cette ulcération, en provoquant une taie amena consécutivement du strabisme de cet œil.

En 1895, à la suite d'une opération sans gravité pour guérir le strabisme, elle perd complètement la vue de ce côté. Il y a là évidemment disproportion entre la cause occasionnelle et l'effet. Depuis de longues années, elle avait dans l'œil gauche comme des éclairs, des sensations de mouches volantes, des nuages, etc. Ce sont là les manifestations les plus anciennes d'un mal qui, depuis un an va s'affirmer par des signes multiples.

Il y a un an, en effet, qu'elle éprouva soudain des douleurs extrêmement violentes dans les reins ; ébranlements et sensations de brûlures affectant le caractère de douleurs en ceinture. Les tempes aussi sont le siège d'élançements douloureux.

À la même époque, survient un phénomène extrêmement important pour nous, classique, car il est noté dans toutes les observations, sauf cependant dans celle que nous vous présentions récemment : nous voulons parler de la chute « dite à tort spontanée » des dents.

Il y a six mois, commencent les crises gastriques qui ont amené Mme C... à l'hôpital : elles consistent en sensations de brûlures soudaines, de torsion, d'écrasement ; ces douleurs viennent par crises et alternent avec des périodes de calme.

Vers le même temps, Mme C... éprouve une légère sensation de faiblesse dans les jambes ; ces dernières lui semblent être en caoutchouc. Ce n'est qu'à de rares intervalles qu'elle eut des douleurs fulgurantes.

Depuis un mois le mal fait de rapides progrès ; ce sont des émissions involontaires d'urine, puis des crises gastriques d'une telle acuité que le passage de la plus petite

parcelle alimentaire solide détermine immédiatement des vomissements extrêmement douloureux ; seuls les liquides peuvent être ingérés sans révolte de l'estomac.

C'est dans cet état que la malade se présente à nous le 2 octobre. L'étude des réflexes démontre jusqu'à l'évidence, l'existence d'un tabès supérieur. Signe de Romberg négatif, mais perte absolue du réflexe patellaire des deux côtés. Réflexe pharyngien, aboli, ainsi que les réflexes pupillaires. Les sens de l'olfaction et du goût sont gravement compromis. La malade ne fait plus de différence entre les aliments : un grain de sel fondant sur la langue n'y réveille aucune sensation.

Retard et diminution des sensations sur toute la partie gauche de la face et du corps. Toutefois les sensations thermiques y sont conservées. De même sur toute la muqueuse buccale, sur les joues, les gencives supérieures et inférieures, et sur la langue, les sensations sont diminuées à gauche. Au niveau du bord alvéolaire gauche et sur tout le pourtour de la lésion, la muqueuse est insensible.

Au maxillaire inférieur : les trois grosses molaires de droite manquent. Elles ont été enlevées par la malade il y a un an environ, quelques jours avant la chute des dents supérieures. Les autres dents existent à l'exception de la deuxième grosse molaire gauche, extraite avec les doigts il y a une dizaine d'années.

La dent de sagesse qui en occupe la place est profondément cariée et très ébranlée : nous en avons fait l'extraction ; elle présente les lésions microscopiques qui caractérisent les racines des dents atteintes de pyorrhée alvéolaire. La dent de six ans, également ébranlée, est déchaussée sur tout le pourtour du collet. Il en est de même des prémolaires et des incisives centrales. Ces dents ainsi que les canines déchaussées, sont atteintes de pyorrhée alvéolaire. Le tartre qui siège au collet et sur la racine occasionne une légère inflammation des festons et culs-de-sac

gingivaux ; la pression y fait sourdre une petite quantité de liquide purulent et crêmeux caractéristique.

Au maxillaire supérieur il ne reste plus que les trois grosses molaires de droite. La première est très légèrement ébranlée par suite d'un notable déchaussement de la racine palatine et des deux racines externes. La seconde est également le siège de lésions semblables, mais moins avancées ; il en est de même de la dent de sagesse. Il n'y a pas de suppuration au niveau de leur bourrelet gingival.

Toutes les dents absentes sont tombées sans intervention, il y a un an environ.. Leur chute successive a commencé par les deux incisives centrales. Quelques-unes ont été cueillies avec les doigts. Un seul jour, la malade en a perdu six, elle les trouvait dans ses aliments au moment des repas.

Mme C... n'a pas eu une dentition complète. Les incisives latérales supérieures définitives n'ont jamais fait leur évolution. Ce fait est à noter car les anomalies d'éruption dentaire (en moins) ont été maintes fois signalées dans la syphilis héréditaire. Nous savons également combien fréquente est la stérilité chez les filles de syphilitiques.

L'absence des dents antagonistes entraîne une occlusion vicieuse des mâchoires, de telle sorte que le maxillaire inférieur se trouve projeté à un centimètre en avant du rebord incisif supérieur, ce qui donne à la malade un profil classique de polichinelle. Les maxillaires et la voûte palatine ont atteint leur développement normal. Seule la muqueuse présente actuellement un léger aspect blanchâtre et poudré.

Mais depuis un an, à la suite de la chute des dents, il s'est formé au niveau du rebord alvéolaire gauche, et de ce côté seulement, une vaste dépression qui a toujours augmenté d'étendue, bien que la cicatrisation de la mu-

queuse se fasse régulièrement, mais avec une extrême lenteur.

Cette dépression est limitée : en dedans par une diagonale à peine incurvée, allant de la ligne médiane antérieure à la tubérosité postérieure ; en dehors par la courbure représentant le bord inférieur de la face interne du maxillaire.

Son grand axe suivant la parabole alvéolaire est de 5 centimètres, sa plus grande largeur de 14 à 16 millimètres. Contrairement à ce qui se passe dans les pertes de substance osseuse consécutives aux ostéites alvéolo-dentaires, le rebord interne très résorbé est absolument arrondi de dehors en dedans où il se confond avec la voûte palatine. Comme celle-ci également, il est incurvé d'avant en arrière, et déprimé de bas en haut de plus d'un demi-centimètre.

A droite, au contraire, la cicatrisation alvéolaire s'est faite normalement et c'est exactement au niveau de la ligne médiane incisive que commence la résorption de tout le massif des procès alvéolaires gauches. Cette résorption qui semble complète, n'est même pas encore terminée, car il persiste, à un centimètre en arrière de la pupille incisive et sur une étendue de 2 cent 5, au fond de la dépression, une ulcération à surface bourgeonnante, forigneuse, grise et jaunâtre, d'une indolence absolue. C'est en examinant cette dernière avec un stylet que nous avons trouvé le sinus ouvert. Sous les bourgeons charnus, en avant et du côté interne, il manque une partie de sa paroi inférieure. Le stylet tombe sur une surface osseuse, rugueuse, mince et mobile qui disparaîtra par résorption, car il n'y a pas de suppuration.

Actuellement tout le fond et le pourtour de cette vaste perte de substance est insensible. Il en a toujours été ainsi depuis la chute des dents qui ne laisse après elle qu'un léger écoulement sanguin provoqué par le moindre attouchement des bourgeons fongueux alvéolaires.

Huit ou quinze jours après la chute des molaires, Mme C... sentit au niveau de l'orifice laissée par elle, un petit corps rugueux qui lui piquait la langue ; elle put l'enlever avec l'ongle : c'était un petit séquestre de la grosseur d'une tête d'épingle.

OBSERVATION VII

Tabès supérieur ; perforation de la voûte palatine et perte de toutes les dents. — (Communiquée par M. le Docteur KLIPPEL, médecin de l'Hôpital Tenon).

Iz... âgé de 44 ans, employé de commerce, entre salle Lelong, n° 26, le 9 janvier 1904.

A l'âge de 18 ans (1878), le malade a eu la syphilis qui s'est manifestée par un chancre soignée exclusivement avec de la poudre de camphre, par des plaques muqueuses les années suivantes. Le traitement antisypilitique n'a été institué que 19 ans après, en 1897. En 1896, à l'âge de 36 ans, le malade s'est aperçu que sa vue faiblissait et qu'il ne sentait plus le sol. L'année suivante, les douleurs fulgurantes ont apparu dans les membres inférieurs, puis dans les côtés ; il est alors allé au dispensaire de Lille où on a institué le traitement suivant : dix piqûres, sirop de Gibert, iodure de potassium. Mais le malade ne le suivit qu'avec irrégularité et pendant fort peu de temps. En 1899, le malade s'est aperçu qu'il avait perdu l'odorat, mais il ne sait au juste à quelle époque précise cela s'est produit.

En 1900, traitement intensif, pendant deux mois, à Nanterre, avec iodure de potassium, sirop de Gibert, frictions d'onguent napolitain, puis, pendant dix mois, avec sirop de Gibert et iodure de potassium. Il est ensuite allé

chez lui où il a fait des cures d'iodure de potassium intercalées avec des cures de sirop de Gibert.

C'est à cette époque, en 1901, que le malade a perdu toutes ses dents ; elles tombaient au nombre de 3 ou 4 à la fois, elles étaient saines ; cette chute a duré environ une année ; elle s'accompagnait de grandes hémorragies. Quand la dernière dent est tombée, une perforation de la voûte palatine s'est produite au niveau de deuxième molaire droite.

Au mois de septembre 1902, vertiges qui ont obligé le malade à entrer à l'hôpital de Châteauroux ; il voyait tourner les objets : la céphalée était intense, et le maximum de la douleur siégeait au sommet de la tête, tout travail était impossible. Nouveau traitement avec frictions et iodure (20 jours).

Le 4 mars 1903, les vertiges étaient devenus plus violents, tout travail est impossible : nouveau traitement à l'onguent napolitain (dix frictions en tout) ; ne ressentant aucune amélioration, le malade entre à l'hôpital de la Charité ; on lui fait 20 piqûres, puis 10 pilules de nitrate d'argent. A peine sorti de la Charité, 27 novembre 1903, il est entré à Cochin où on lui fait 20 piqûres de cyanure de mercure, sans résultat. A la sortie de Cochin, il entre à Tenon, le 9 janvier 1904.

Etat actuel. — L'état général paraît satisfaisant, le malade ne présente pas de troubles digestifs. La mobilité est intacte, on ne trouve pas de troubles de la marche, de l'écriture, de la parole. La sensibilité subjective est troublée chez notre malade : il a des douleurs en ceinture, fulgurantes dans le tibia droit, les genoux, le maxillaire ; des céphalées violentes ayant leur maximum au niveau du sommet de la tête, des vertiges ; le malade voit toujours tourner les objets.

Quant à la sensibilité objective, elle est intacte ; la sensibilité au tact, à la douleur, à la température est conser-

vée ; pas de dissociation de la sensibilité ; on commande au malade de porter, les yeux étant fermés, l'index sur le bord de son nez, de croiser ses jambes, d'élever son talon droit à 10 centimètres au-dessus du plan du lit, et on constate que tous ces mouvements sont exécutés avec précision. Le sens musculaire chez notre malade est donc intact. Les reflexes tendineux, cutanés, osseux, sont exagérés au membre supérieur, normaux au membre inférieur. Le réflexe pituitaire est aboli, ce dont on se rend facilement compte en grattant la muqueuse nasale sans provoquer d'éternuement. Troubles vaso-moteurs : on constate que le malade a des sueurs toutes les nuits, depuis 1899. Troubles trophiques : au niveau de la deuxième molaire droite, perforation de la voûte palatine, dont le diamètre est d'environ 8 à 10 millimètres ; autour d'elle existe une zone d'anesthésie à la douleur, de 2 à 3 centimètres, mais dans cette même zone, la sensibilité au contact est conservée. La langue est moins épaisse à gauche, ce dont on peut se rendre compte en la prenant entre les doigts.

Troubles sensoriels oculaires : chez ce malade on trouve le signe d'Argyl Robertson, du nystagmus ; pas de signe de Romberg. Troubles auditifs nuls. Troubles du goût : si on met un peu de poudre de quinine sur le côté droit de la langue, en ayant soin de la masser un peu, le malade ne sent pas l'amertume de la quinine ; à gauche, au contraire, la sensation gustative est normale.

L'odorat est perdu. Le malade a des crises d'éternuement depuis 4 à 5 mois (1). Pas d'altérations de la voix. Pas de troubles psychiques.

(1) Les crises d'éternuement ont été décrites par M. Klippel sous le nom de crises nasales motrices, avec aura dans la joue. Le même auteur a signalé des crises de paresthésie dans la sphère de l'odorat et du goût, et aussi des crises nasales hypersécratoires. (*Troubles de l'odorat, du goût, dans le tabès. Archives de neurologie, avril 1897*).

L'appareil digestif est bon. Du côté de l'appareil urinaire, à signaler, en 1903, de la rétention qui a nécessité le sondage vésical, une quinzaine de fois ; rien d'autre.

OBSERVATION VIII

Du CASTEL. — *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 9 mai 1895). — (*Revue de dermatologie et de syphiligraphie*).

Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabès.

Dans ces derniers temps, le professeur Fournier et notre collègue M. Wickham nous ont présenté deux ataxiques atteints d'ulcérations de la voûte palatine ; il y a lieu, je crois de rapprocher de ces deux malades celui que j'ai l'honneur de vous montrer actuellement.

Charles D.... 35 ans, dessinateur et musicien, est atteint depuis dix ans, de douleurs fulgurantes des membres supérieurs et inférieurs. Depuis un an, il a été atteint, à trois reprises différentes de crises gastriques caractérisées par des douleurs violentes et des vomissements répétés, une fois pendant vingt-deux heures, une autre fois pendant trente-quatre heures, la dernière fois, il y a huit mois, pendant quarante heures.

Pendant trois ou quatre ans, jusqu'à l'année dernière, D... a présenté de l'incontinence nocturne d'urine.

Il y a trois ans le malade était pris de fièvre, de gonflement douloureux de toute la face, le lendemain, trois dents, les trois dernières molaires gauches tombaient spontanément ; le malade a gardé le lit pendant une quinzaine de jours, conservant de la fièvre pendant la plus grande partie du temps. Depuis cette époque, la tuméfaction de la face s'est reproduite à plusieurs reprises sans

que le malade fût obligé de prendre le lit, sans qu'il y eût ni douleurs, ni fièvre ; chaque fois un certain nombre de dents se détachaient comme dans la première crise ; toutes les dents du maxillaire supérieur se sont détachées successivement ; les dents ne tombaient pas dans l'intervalle des poussées congestives de la face.

Il y a deux ans des fragments du maxillaire supérieur étaient éliminés par des orifices correspondant au point d'implantation des dents éliminées. Depuis lors, des éliminations se sont répétées à plusieurs reprises. Il y a une dizaine de jours, un fragment de 3 centimètres de longueur environ était éliminé par un orifice qu'on peut encore constater au niveau de l'arcade dentaire supérieure droite ; c'est un fragment d'os nécrosé, poreux sur lequel on ne retrouve plus les cavités alvéolaires ; en un point, on découvre une cavité lisse qui nous semble correspondre à la partie la plus déclive du sinus maxillaire.

En examinant la cavité buccale, on constate que toutes les dents supérieures sont tombées ; la gencive est le siège d'une ulcération superficielle indolente qui, à droite, se prolonge depuis la région de la canine jusqu'à la partie postérieure du maxillaire ; à sa partie la plus avancée existe une large ouverture béante ; c'est par elle que le dernier séquestre a été éliminé. A gauche, une ulcération analogue existe et commence un peu plus en arrière. Du même côté, on sent la pointe d'un séquestre sur le point d'être éliminé. Le maxillaire inférieur est normal et encore garni de ses dents.

La pupille est contractée, paresseuse, s'accommode faiblement pour la vision à distance, se contracte lentement sous l'influence de la lumière artificielle. Les réflexes pupillaires sont plutôt exagérés.

L'existence de douleurs fulgurantes, de crises gastriques, de troubles urinaires nous permettent, je crois, de considérer notre malade comme atteint de tabès à la pé-

riode préataxique ; je n'ai pu relever chez lui d'antécédents syphilitiques.

OBSERVATION IX

NEWMARK (L.). — *Med. News, Philadelphie*, 26 janvier 1895, p. 88-92. — *Trophic lesions of the jaws in tabes dorsalis*.

Il s'agit d'un homme de 43 ans, qui se présente à la Polyclinique de San Francisco le 6 janvier 1894 avec des symptômes de tabès assez marqués : signes de Romberg, d'Argyl-Robertson, anesthésie plantaire et de la région interne des cuisses. Vingt ans auparavant il avait eu des bubons suppurés sans accidents syphilitiques. Sept ans auparavant, à la suite d'un traumatisme il vacillait en marchant : une semaine après ce traumatisme il eut une rétention complète d'urine et depuis il ressentit de l'atonie de la vessie.

Pendant deux ans, il lui fallut une canne pour marcher puis survinrent des douleurs fulgurantes dans les jambes et le tronc. Le malade remarqua que depuis trois ou quatre mois, il avait perdu treize dents au maxillaire supérieur, sans aucune douleur, ni hémorragie. Elles tombèrent si facilement qu'en mangeant, il sentait qu'une dent branlait et s'il ne l'enlevait pas avec les doigts, elle tombait d'elle-même dans la bouche. Il ne lui reste que les deux incisives centrales et la dent de sagesse droite. Le maxillaire inférieur est au complet.

Récemment il s'élimina deux fragments d'os du côté gauche du maxillaire supérieur ; puis la gencive s'ulcéra à cet endroit et sécréta du pus, mettant l'os à nu et faisant beaucoup souffrir le malade. Quelques jours après son examen à la Polyclinique, le malade fit sortir sans douleur,

avec sa langue, un troisième fragment d'os du maxillaire supérieur gauche. Ce séquestre contenait une alvéole. La gencive guérit rapidement ; une dépression marquait seule le siège de la nécrose. Plus tard il fallut faire extraire par un dentiste les deux incisives qui ne tenaient plus, l'une après l'autre, et le 7 juin il s'élimina encore un fragment d'os par le même processus qu'auparavant.

Le 25 juin, la dent de sagesse droite tomba à son tour, la dernière du maxillaire supérieur, neuf mois environ après le début de l'affection. Il n'y eut plus d'élimination de fragments d'os, mais la carie était manifeste, et il y avait du pus. Les ulcérations se cicatrisèrent en laissant une bien plus grande dépression que celle qu'avait entraînée la nécrose en février et une fistule de l'antre d'Highmore droit.

Actuellement, en octobre, l'affection du maxillaire subit un arrêt, mais la récurrence est à redouter.

Maintenant l'ataxie est manifeste ; le signe de Romberg et les autres symptômes sont bien marqués. Il y a eu amélioration de l'incoordination motrice, mais les douleurs fulgurantes continuent à faire souffrir le malade.

OBSERVATION X

MOREL et RISPAL. — *In thèse G. Santi, Toulouse, 1897.* —
Mal perforant buccal.

Joseph R..., tondeur, 43 ans, entré le 7 septembre 1896, à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Père mort à un âge avancé de cancer ; mère âgée de 80 ans, vivante.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie légère à 20 ans. Il affirme n'avoir jamais contracté la syphilis. Interrogé d'ailleurs avec le plus grand soin, nous ne trouvons

aucune trace, aucune manifestation de cette maladie.

Alcoolique endurci, a bu du vin et surtout des liqueurs. La maladie actuelle remonté à quatre ans environ. Début brusque par des phénomènes d'apparence dyspeptique (renvois aigres, vomissements bilieux le matin, douleurs vives au niveau du creux épigastrique). Disparition de ces phénomènes après quelques jours. Chaque mois, depuis ce moment, crises gastriques durant trois à six jours ; vomissements de matières jaunâtres, filantes avec douleur épigastrique, sensation de constriction.

En mars 1893, tout à coup, sans douleur, survint un gonflement énorme de la hanche et de la cuisse droite. Le malade entre à l'hôpital où l'on diagnostique phlegmon, puis ostéosarcome.

On fait deux incisions, l'une parallèle à l'arcade crurale, au-dessus de l'arcade, l'autre verticale, à la partie supéro-interne de la cuisse. Écoulement de liquide clair, filant comme le liquide de l'œdème.

Guérison rapide des plaies opératoires, en même temps, incontinence d'urine qui fait alors porter le diagnostic d'arthropathie tabétique de la hanche. Pas d'autres signes de tabès.

Sort de l'hôpital le 5 avril, y rentre le 10 juillet. A ce moment, abolition des réflexes rotuliens, affaiblissement du réflexe crémastérien. Diplopie passagère. Myosis. A l'ophtalmoscope aspect blanc opaque de la papille droite.

Désordres considérables au niveau de la hanche droite. Elargissement du squelette de l'article. Crépitation ostéocartilagineuse à chaque mouvement de la jointure. On opère, et on retire une masse osseuse, en forme de segment de sphère creuse de 5 à 6 centimètres, de la fesse. Le malade sort.

Le 7 septembre 1896, il rentre à l'hôpital. Le membre inférieur droit est raccourci en rotation en dehors, les mouvements sont indolents, grosse crépitation ; strabis-

me divergent ; signe d'Argyll-Robertson. Abolition du réflexe rotulien et crémastérien.

Incoordination motrice peu marquée. Aux membres inférieurs plaques d'anesthésie. L'incontinence d'urine a disparu.

Mal perforant buccal. — Il y a un an et demi environ, les dents du malade ont commencé à tomber successivement ; jusque là le malade les avait conservées toutes et n'en avait jamais souffert. C'est à la mâchoire supérieure que la chute des dents a commencé ; les dents incisives médianes sont tombées les premières, spontanément, sans douleur, sans hémorragie, puis bientôt les autres dents se sont mises à branler à leur tour, et successivement le malade les a arrachées sans difficulté, les cueillant, en quelque sorte, avec les doigts. Il y a cinq mois environ il a perdu la dernière dent qui lui restait à la mâchoire supérieure : c'était la troisième molaire droite. On voit actuellement à sa place une perforation, ovale, infundibuliforme qui fait communiquer la cavité buccale avec le sinus maxillaire.

Les dents de la mâchoire inférieure, elles aussi, ont commencé à tomber, et déjà le malade a perdu la canine et les deux petites molaires inférieures droites. Comme à la mâchoire supérieure, ces dents sont tombées spontanément, sans douleur, sans hémorragie, sans présenter de lésion d'aucune sorte.

Leur chute semble reconnaître uniquement pour cause l'atrophie, la résorption des rebords alvéolaires. Celle-ci est manifeste au niveau de la mâchoire supérieure. La voûte palatine se montre, en effet, entourée d'une gouttière profonde, étroite dans sa partie médiane antérieure, mais profonde dans ses parties latérales. C'est sur la partie latérale droite de cette gouttière que l'on constate le mal perforant ; du côté gauche il n'y a pas de perforation, mais on voit une ulcération irrégulière, à fond uni blanc jaunâtre.

L'exploration de la sensibilité à la piqure montre une anesthésie très marquée au niveau du rebord du maxillaire inférieur. On constate encore une diminution évidente de la sensibilité sur la face interne des joues, sur le voile du palais et au niveau de la muqueuse pharyngée.

On trouve aussi une anesthésie assez marquée à la température, au toucher, à la douleur, au niveau des téguments de la face.

Le 29 septembre, brusquement, crise gastrique très violente avec état syncopal, tuméfaction énorme de toute la cuisse droite. Douleurs fulgurantes. Le 2 octobre ces phénomènes s'amendent ; seule, la tuméfaction de la cuisse droite persiste, avec hydarthrose légère du genou, le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XI

Résorption progressive du maxillaire supérieur et de la voûte palatine. — Service de M. le Professeur LANELONGUE (Bordeaux), Hôpital Saint-André, par M. BAUDET, interne du service.

N..., 52 ans, manœuvre, entre en salle le 17 février 1890.

Père alcoolique, mort aliéné. Mère morte de pneumonie à 50 ans. Un frère mort en 1870 pendant la guerre.

N... prétend n'avoir jamais eu de maladie grave. Cependant, il y a 32 ans, étant soldat, il entra à l'hôpital de Toulouse pour une ulcération du gland ; cette ulcération guérie au bout de très peu de jours, fut suivie d'autres ulcérations qui guérirent aussi rapidement.

Il y a deux ans, étant assis à l'arrière d'une charette, un cahot violent le jeta brusquement à terre, la tête portant la première sur le pavé. Immédiatement, il perdit con-

naissance et ne reprit ses sens qu'au bout de 24 heures. A-t-il fait une fracture du crâne ? C'est peu probable puisque 18 heures après l'accident il avait repris son travail.

Six mois après, et presque en même temps, deux sortes d'affections se montraient chez ce malade. C'était la chute spontanée des dents, et des douleurs dans la hanche droite. Ce fut cette dernière affection qui l'inquiéta, car sa marche devenait de plus en plus pénible par suite de l'impotence du membre inférieur droit. Il entra, il y a un an, à l'hôpital Saint-André dans un service de chirurgie. Là, on ne fut occupé que de son arthrite : il fut condamné au lit, prit des bains sulfureux. Au bout de quelque temps seulement, on s'aperçut qu'il avait une petite perforation de la voûte palatine, on la mit sur le compte de la syphilis. Un traitement approprié fut institué pendant un mois, sans résultat. L'amélioration de la hanche permettant au malade de marcher, il demanda à sortir de l'hôpital. Il revint encore pour ses douleurs articulaires. Mais, frappé de son air étrange, de ses lésions buccales qui ne répondent à rien de lui connu, M. Baudet l'envoie dans le service de M. le professeur Lanelongue, son chef, pour y être étudié et suivi.

Ce malade a déjà fait l'objet d'une clinique de la part de M. le professeur Lanelongue : il a de plus été présenté à la Société anatomique de Bordeaux par M. Baudet. Au cours de la présentation, M. le professeur Pitres a émis l'hypothèse de troubles névritiques et c'est cette hypothèse qui nous a porté à rechercher très soigneusement les troubles de la sensibilité, mal étudiés dans les observations parues jusque là.

Etat actuel du malade. — Hanche droite. — Les douleurs spontanées sont peu accentuées : pas de douleurs à type fulgurant. La marche est pénible, et le malade ressent à la racine de la cuisse une douleur assez vive, quand on lui fait exécuter un mouvement trop brusque. Dans la station droite, il appuie le poids du corps sur le membre

gauche. Quand on imprime des mouvements à son articulation, il existe une très légère raideur musculaire. On détermine alors des craquements intenses dans la jointure. Pas de gonflement de l'article. Atrophie marquée des muscles de la cuisse de ce côté. Il existe une analgésie complète dans la zone péri-trochantérienne, à la région fessière. L'analgésie est moins marquée à la région interne de la cuisse. Dans les mêmes endroits, le malade ne peut distinguer les corps rugueux des corps arrondis.

Membre gauche. — Légers craquements, pas de troubles de sensibilité marqués. Aux deux pieds, les orteils portent d'énormes cors : au pied droit, subluxation du métacarpien sur la phalange du gros orteil, qui chevauche en dehors sur le dos du deuxième orteil formant là une saillie anguleuse surmontée d'un durillon. Cette saillie est moins accusée à gauche. Les réflexes rotuliens sont conservés. Chatouillement plantaire conservé. Malgré ses douleurs, le malade peut se tenir debout, en joignant les talons. Rien à signaler au membre supérieur.

Calvitie médiane, depuis 10 ans : son père était chauve à 40 ans. Le fond de l'œil, à l'ophtalmoscope ne présente rien à signaler. Pas de signe d'Argyl-Robertson, pupilles égales des deux côtés. Rien du côté des urines. Susibilité testiculaire normale : pas d'atrophie marquée. Rien à signaler au cœur, ni aux poumons. Appétit excellent, pas de vomissements : selles régulières. Jamais de crises gastriques ni rectales.

Examen de la bouche. — Il y a 18 mois, 6 mois après son accident, les 2 dents de l'œil ont commencé à branler dans leurs alvéoles, puis sont tombées toutes seules, sans douleur, sans hémorragies, sans pus : il a perdu la dernière il y a un mois. Pendant ce temps, et 3 mois environ après la chute de la deuxième dent, il s'aperçut qu'il parlait du nez et que lorsqu'il buvait trop vite les liquides refluaient par les narines. Jamais il n'a souffert des dents. Jamais il n'a eu la moindre fluxion.

Les pommettes du malade sont très saillantes, la lèvre supérieure est recouverte par l'inférieure et semble retirée vers la cavité buccale par suite de l'absence des dents. Cette déformation donne au malade un aspect étrange, il a un masque d'étonnement ; en même temps il a un air rieur. Pas de déviation des traits ; à la mâchoire supérieure il n'existe aucune dent ; il n'existe pas tracé d'alvéole. Le rebord alvéolaire n'existe plus, il a disparu, usé comme à la meule ; à la mâchoire inférieure, il existe deux molaires à droite et à gauche, la deuxième petite molaire et la première grosse molaire. Les alvéoles au niveau des dents tombées ont disparu. Le rebord osseux s'est très aminci, surtout sur la ligne médiane, et s'est rapproché de l'insertion de la muqueuse. Sur la voûte palatine il existe deux perforations à droite et à gauche de la ligne médiane. Elles ont une forme grossièrement triangulaire, assez large pour qu'on puisse introduire le doigt, la droite étant toutefois plus étendue que la gauche ; à droite comme à gauche les deux perforations intéressent sur leur partie latérale le rebord alvéolaire et ouvrant par conséquent la face inférieure du sinus maxillaire. En arrière, elles sont séparées par une courte lame osseuse de l'insertion du voile du palais. En dedans elles sont séparées l'une de l'autre par un pont osseux d'un centimètre de large en arrière, plus étroite en avant, se continuant nettement en ce point avec ce qui remplace le bord alvéolaire détruit. Mais la limite antérieure des deux perforations ne s'étend pas jusqu'au rebord alvéolaire. Il existe là de chaque côté une jetée d'os qui isole la perforation et fait que l'on a affaire à une perforation et non à une division, à une section continue des arcades et de la voûte. La lame d'os intermédiaire aux deux perforations ne jouit d'aucune mobilité, ni verticale, ni transversale.

Ces deux perforations étaient entièrement obturées de matières alimentaires ; il a fallu, pour les voir, les déterger avec une spatule. L'haleine était très désagréable.

Nous pouvons alors constater que ces perforation communiquent nettement avec les fosses nasales et le sinus maxillaire de chaque côté, car le stylet et le doigt vont butter jusque sur le plancher orbitaire. La muqueuse buccale présente peu d'altérations apparentes ; au niveau de ce qui reste du rebord alvéolaire, elle a un aspect lisse rosé, elle paraît fibreuse et ne glisse pas sur les os sous-jacents. Sur le pourtour des perforations, elle est très nettement épaissie, vascularisée, avec un aspect un peu tomenteux. Il n'existe pas cependant la moindre excoriation.

Il est très probable que cette hyperhémie est due moins à la lésion primitive qu'à la présence de parcelles alimentaires qui séjournent à ce niveau. La recherche de la sensibilité dans la cavité buccale révèle des troubles intéressants. Au niveau du rebord gingival, anesthésie complète à la piqûre. On traverse avec une épingle le repli de la muqueuse : on fait sourdre deux ou trois gouttes sanguinolentes, sans que le patient trahisse la moindre douleur. On promène tour à tour un corps arrondi et un corps pointu sans que le malade puisse faire la différence. On appuie alternativement le manche de deux cuillers, l'une froide, l'autre chaude, sans qu'il fasse de différence entre les deux corps. Ces troubles de la sensibilité thermique, tactile et douloureuse existent à un degré égal sur toute la voûte palatine, sur le rebord des perforations. La sensibilité douloureuse est très diminuée sur la muqueuse des joues. Dans tous les autres points, explorés minutieusement, on ne peut affirmer qu'il existe des troubles de la sensibilité, ou pour être plus exact, ils sont moins évidents.

Le malade revu en février 1891, est au même point que lorsqu'il est sorti de l'hôpital. Rien de particulier ne s'est révélé à nouveau chez lui.

OBSERVATION XII

Ulèvre de la bouche, d'origine tabétique. Mal perforant buccal. HUDELO. (*Annales de Dermatologie*, 18 mai 1893).

Ce malade, âgé de 46 ans, journalier, est entré il y a 3 semaines dans le service de notre cher maître, M. le professeur Fournier, pour des lésions buccales dont le début remonte environ au mois de juin 1892 : à ce moment, il commença à souffrir des dents, il éprouvait particulièrement la sensation d'un corps étranger qui se serait introduit entre les dents prémolaires de la mâchoire inférieure à gauche : dans les tentatives qu'il faisait à chaque instant pour se débarrasser de ce corps étranger imaginaire, il constata bientôt que les dents de cette région s'ébranlaient, se déchaussaient sans douleur bien marquée, et ils les cueillit en quelque sorte sans difficulté : cette chute des dents se propagea bientôt aux deux côtés du maxillaire inférieur, au maxillaire supérieur, et le malade s'enleva ainsi en quelques semaines quatorze dents aux deux mâchoires.

Au commencement de septembre 1892, il se développa sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, à gauche, une tuméfaction qui augmenta d'une manière aiguë, assez douloureuse, avec un état fébrile modéré. Au bout d'une douzaine de jours, la tumeur était fluctuante, et s'ouvrait à la peau, à deux travers de doigts en avant du menton, par un orifice fistuleux, donnant issue à une assez grande quantité de pus. Le malade entra alors (fin septembre) à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod. On pensa alors à un ostéo-sarcome, à une ostéopériostite du maxillaire.

En sondant la plaie extérieure, on constata une nécrose sous-jacente de l'os, et l'on retira 3 ou 4 séquestres, après l'ablation desquels ont put refermer la plaie, qui guérit au bout d'un mois ; en même temps, l'on arracha du maxillaire inférieur gauche quelques dents qui tenaient mal, on les gratta, on les réimplanta avec succès, mais elles devaient bientôt tomber toutes seules. On constata à ce moment, sur la partie droite du maxillaire supérieur, un ulcère dont le malade ne soupçonnait pas lui-même l'existence. En janvier 1893, le malade fait un séjour de six jours dans un service de chirurgie où, en raison de ses antécédents syphilitiques, on lui fait subir un traitement ioduré.

Lorsqu'il entra dans notre service, nous constatâmes les lésions suivantes : chute de toutes les dents, à l'exception des deux dernières molaires inférieures gauches. Si l'on suit avec le doigt le bord alvéolaire du maxillaire inférieur recouvert par la muqueuse gingivale, on sent ce bord irrégulier, déchiqueté, sans traces bien nettes des cavités alvéolaires. L'os est abrasé à ce niveau. Sur la face antérieure de la branche horizontale, à gauche, on sent une saillie volumineuse, dure, indolente. Au niveau du bord alvéolaire, à droite, on constate une ulcération persistante, longue de 5 centimètres, large de 8 à 10 millimètres, limitée en arrière par la molaire non tombée encore, latéralement par des replis de la muqueuse gingivo-buccale, décollée des faces de l'os, et en avant par un bourrelet de la muqueuse adhérent au maxillaire. Cette ulcération à peu près rectangulaire, présente un fond bourgeonnant, fongueux, d'un gris jaunâtre, donnant issue continuellement à une certaine quantité de matière hémato-puriforme, un peu fétide. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade a éliminé, par le fond de cette ulcération, 3 séquestres : avec le doigt, on sent sous la surface fongueuse l'os nécrosé, et l'exploration au stylet fait sentir parfaitement des surfaces osseuses mortifiées. Il s'agit donc

d'une ulcération de la muqueuse du maxillaire, ayant déterminé après la chute des dents, la nécrose, l'exfoliation du bord alvéolaire.

C'est sur le maxillaire supérieur droit que l'on constate une autre ulcération toute particulière. Ici l'ulcération intéresse en surface le bord alvéolaire sur une longueur de 5 centimètres environ d'arrière en avant, mais transversalement elle déborde en dedans du bord alvéolaire sur la surface palatine de l'os, sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Elle présente ainsi un contour à peu près elliptique : elle intéresse la muqueuse, sans entamer l'os sous-jacent : elle présente un fond bourgeonnant, fongueux, grisâtre, peu déprimé, donnant issue à une sécrétion puriforme, fétide. On sent par le doigt, comme par le stylet, que le fond de l'ulcération recouvre des surfaces osseuses un peu irrégulières. Le malade n'a jamais rendu de fragment d'os par cet ulcère. Cette ulcération est absolument indolente et est le siège d'une anesthésie absolue à la piqûre, on peut, comme dans les maux perforants, pénétrer jusqu'à l'os, sans que le malade éprouve aucune sensation douloureuse. L'examen nous a montré qu'il était un tabétique des mieux caractérisés, dont l'affection a débuté, il y a cinq ans environ, par un affaiblissement marqué de la vue, puis des douleurs fulgurantes dans les jambes, des douleurs constrictives en ceinture : depuis, un an, un peu d'incertitude dans la marche. Aujourd'hui on constate, avec les douleurs dans les membres, l'abolition des réflexes rotuliens, le signe d'Argyll-Robertson, une anesthésie généralisée, en placards, prédominante à la face ; le signe de Romberg très net, de l'incontinence d'urine passagère, de l'impuissance génitale. Ce tabès est surtout un tabès supérieur, car il s'accompagne de troubles cérébraux marqués : perte de la mémoire, céphalée, modification du caractère, un peu d'hésitation de la parole, quelques vertiges. Le malade a eu la syphilis à l'âge de 18 ans. Soumis au traitement ioduré, à l'hy-

drothérapie sulfureuse depuis son entrée dans le service, le malade est un peu amélioré et particulièrement ses ulcères se sont détergés. Il semble même qu'il y ait pour l'ulcère supérieur un commencement de cicatrisation.

Ce malade qui, en mai 1893 n'avait qu'une exulcération du bord gingival droit, fut revu quelque temps après, par M. Galippe. Il présentait à ce moment une légère fistule qui avait ouvert le sinus maxillaire du même côté. Plus tard, en août 1894, nous l'avons retrouvé, nous-même (M. Baudet) dans le service de M. le Professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu. Nous avons constaté que la fistule avait considérablement grandi. C'était une large perforation par laquelle le doigt pouvait aisément pénétrer. Les aliments s'y égaraient, et le malade, pour mastiquer aisément, l'obstruait avec de la mie de pain humectée et tassée. Le malade répond mal aux questions qu'on lui pose : il ne les comprend même pas. Aussi toute recherche de la sensibilité est-elle inutile.

OBSERVATION XIII

Ulcerations buccales tabétiques. Louis WICKHAM. (*Annales de Dermatologie*, janvier 1894, p. 44).

M. X..... 53 ans, mécanicien, entré salle Saint-Louis en décembre 1893.

Antécédents personnels. — Blennorrhagie légère à 22 ans. Pas de syphilis.

Etat tabétique. — Dès l'âge de 24 ou 25 ans, douleurs à caractère fulgurant dans les membres inférieurs. Depuis un an, mictions involontaires. Pas de crises gastriques, rien dans les bras. Abolition des réflexes rotuliens. Pas d'atrophie de la langue. Parole très lente, traînante, aspect intelligent, compréhension pénible. Réponses lentes

et embrouillées, rendant l'enquête difficile. Les troubles de la parole sont peut-être consécutifs à la perte des dents et d'une partie du maxillaire.

Etat dentaire. — Il ne reste plus de dents à la mâchoire supérieure. Au maxillaire inférieur il ne reste : à droite, que les deux incisives et la deuxième grosse molaire sous forme de chicot. Toutes les dents sont très abîmées : leur extrémité est usée, formant plateau. La troisième et la quatrième molaires droites sont cariées, irrégulières ; au niveau de la troisième molaire, un bord aigu, tranchant a déterminé la production d'un petit ulcère de la muqueuse gingivo-labiale.

Déformation des maxillaires. — Partout où les dents manquent, le doigt promené sur les maxillaires se rend compte d'irrégularités osseuses ; la muqueuse y est le siège de cicatrices difformes. Le malade ne peut dire s'il y a eu perte d'os ; en tout cas, il semble que le rebord alvéolaire des maxillaires ait été détruit, car au niveau des alvéoles dentaires, les maxillaires sont fortement déprimés. Ces dépressions donnent au maxillaire, particulièrement à la voûte palatine, un aspect d'irrégularité tout à fait particulier. Les centres apparaissent bombés, par rapport aux régions alvéolo-dentaires qui sont creuses et déprimées.

Ulcération. — Outre la petite ulcération que nous avons mentionnée rapidement, car elle semble être le fait du traumatisme dentaire, existe une large ulcération sur les caractères de laquelle nous appellerons l'attention. Cette ulcération tapisse la dépression droite du maxillaire supérieur. Elle est donc renfoncée et profonde ; il faut pour bien la découvrir relever fortement la tête du malade. Elle s'étend d'avant en arrière, du niveau de la première incisive droite au niveau de la quatrième molaire droite. La bande ulcéreuse qu'elle forme est assez étroite à son extrémité antérieure. Dans sa portion moyenne, elle offre environ 3 centimètres de largeur : ses limites latérales sont : à droite, le rebord alvéolaire, à gauche, en dedans, vers la voûte palatine, elle s'étend à 2 ou 3 centimètres. Les bords

compétentes ont été d'un même avis : il s'agit bien d'un mal perforant buccal, signalé plusieurs fois déjà par M. Fournier, dans le tabès d'origine syphilitique, sinon spécial à cette affection.

Voici, résumé en quelques mots, l'aspect de la lésion de mon malade, le moulage que j'en présente, permet de suivre les détails. La bouche fermée, on trouve cachée par la moustache une accentuation manifeste du pli nasogénien droit ; la bouche est un peu déviée de ce côté ; le doigt pénètre à travers la peau, dans une dépression qui laisse libre la place occupée normalement par le maxillaire supérieur droit. La bouche ouverte, on voit : la voûte palatine, normale à gauche s'enfonce à droite obliquement vers une sorte d'infundibulum d'aspect cicatriciel, dont la paroi externe est formée par la joue et dont le centre correspond assez exactement à la ligne que devrait tracer le rebord dentaire du maxillaire supérieur. La muqueuse qui tapisse cet enfoncement conique est pâle, nacrée, rivulée et très épaissie. La sensibilité y est très obtuse et l'anesthésie y est complète en dehors, du côté de la joue.

Au fond de cet entonnoir, qui s'enfonce verticalement en haut, on aperçoit un orifice de communication qui donne directement accès dans le méat moyen de la fosse nasale droite. Cet orifice semble bien cicatrisé ; il est à peu près arrondi et situé à 2 centimètres de la ligne médiane du rebord alvéolaire atrophié. Au palper, la dureté du tissu cicatriciel est grande : à la partie postérieure, le tissu est moins dur que dans le reste de l'infundibulum. Le reste de la cavité buccale est normal. Il n'y a aucune trace de cicatrice quelconque sur le reste du corps. Le malade ignore comment cette affection, dont il ne se souciait aucunement, lui est survenue. Le seul détail qu'il donne est que, depuis 5 mois environ il avait remarqué que le bouillon revenait par la narine. Il n'a jamais souffert des dents, ne sait pas comment elles sont tombées. Celles qui restent sont normales, notablement usées, non cariées

et exemptes de gingivite purulente. La face est peu sensible au toucher et à la douleur. Aucun phénomène bulbaire, aucune crise viscérale tabétique. Un appareil prothétique fort ingénieux lui permet maintenant de manger sans peine.

L'examen dentaire de ce malade fut fait par M. Gallippe. Voici ses conclusions ; Le malade était venu le trouver pour se faire arracher une dent. La couronne de la dent était usée jusqu'à la cavité pulpaire, et celle-ci était en partie comblée dans sa région supérieure, par de la dentine secondaire, sur laquelle se faisait la mastication. Cette dentine secondaire présente de nombreux espaces lacunaires, dans toute son étendue. Du côté de la pulpe, on constate également l'existence de ces cavités lacunaires s'ouvrant vers la chambre pulpaire. D'une façon générale, la cavité pulpaire a diminué de volume, par suite du dépôt de néoformations constituées par de la dentine secondaire. Les fragments de pulpe que l'on trouve dans la cavité sont profondément altérés et convertis à peu près complètement en tissu de bourgeons charnus. Dans les parties superficielles de la racine, le ciment est peu altéré, on y trouve seulement quelques encoches de destruction, dont quelques-unes sont en partie comblées par des néoformations cémentaires. Les parties les plus profondes sont beaucoup plus altérées, de telle sorte que l'extrémité de la racine de la dent a été détruite. Toute cette surface de destruction est irrégulière, et présente des concavités, dans lesquelles on constate l'existence de colonies microbiennes. Toute la surface de la racine en contact avec la salive était en outre recouverte d'une couche épaisse de tartre, tapissant également les encoches produites dans le ciment.

OBSERVATION XV

Mal perforant buccal, par M. BAUDET, interne des Hôpitaux.
(*Union Médicale*, 8 novembre 1894).

G..., ouvrier fleuriste, 40 ans, est atteint de perte complète des dents à la mâchoire supérieure, de résorption totale des arcades alvéolaires et de perforations palatines bilatérales, qui ont ouvert de chaque côté le sinus maxillaire.

La connaissance de ses antécédents familiaux, soigneusement recherchés, éclaire peu l'étiologie de son affection. Deux oncles morts apoplectiques, une sœur fortement migraineuse, tels sont les seuls faits qui nous paraissent dignes de mention.

Les antécédents personnels ont plus d'importance. Nous laissons de côté les convulsions en bas âge, une affection aiguë double du poumon à l'âge de 20 ans, une scarlatine légère à 24 ans. Mais il convient d'insister sur les deux faits suivants. En premier lieu, c'est que G..., comme sa sœur, était sujet depuis son enfance à des migraines très violentes, suivies de vomissements. Elles ne l'ont quitté que depuis deux ans : c'est qu'il a eu dans sa jeunesse, par le fait même de ces migraines une intolérance cérébrale telle qu'il ne pouvait supporter une lecture prolongée : aussi, quoique très intelligent, il a été long à s'instruire. En deuxième lieu, c'est qu'en 1873, à l'âge de 20 ans, il a eu un chancre à la verge qui a duré une douzaine de jours, chancre unique, indolore, qui a été suivi, quelques semaines après, d'une éruption papuleuse au front. Actuellement, il a des traces indiscutables de syphilis linguale. Malgré sa vérole, le malade est assez bien portant. Sa profession d'ouvrier fleuriste n'a déterminé

d'autre accident saturnin qu'une constipation à peu près continue et quelques accès légers de dyspepsie. G... est marié, sans enfants.

Au mois de décembre 1892, il éprouva pour la première fois une sensation pénible d'agacement dans les gencives du côté droit, à la mâchoire supérieure. Cela durait ainsi depuis quelques jours, lorsqu'il s'aperçut que la première molaire du même côté remuait légèrement dans son alvéole. Aussitôt il enleva cette dent avec la pointe de son couteau. Mais cette sensation s'étendit bientôt aux autres points de la gencive, en même temps que ses dents supérieures, jusque là saines et extrêmement solides, branlaient à leur tour dans les alvéoles. Il fit pour elles ce qu'il avait fait pour la première : il les enleva successivement, sans effort, ; il les cueillit pour ainsi dire plutôt qu'il ne les arracha. Cette ablation se fit sans aucune douleur, ce qui le surprit beaucoup, sans être précédée ou accompagnée d'aucun phénomène de suppuration. Mais fait très important à signaler, elle se compliqua d'une hémorragie assez inquiétante, à tel point qu'à chaque extraction le malade aurait pu recueillir un demi-verre de sang. Cependant les dents qui tombaient n'avaient trace d'aucune lésion. Elles devaient même être superbes si l'on en juge par celles qui lui restent à la mâchoire inférieure, et par celles du haut qu'il a recueillies au moment de leur chute et qui sont parfaitement saines. Il faut dire cependant que l'examen histologique n'a pas été fait.

Pendant toute la durée de cette chute, le malade éprouva une névralgie faciale du côté droit avec tic douloureux, marqué surtout dans l'orbiculaire des paupières et les muscles du cou. Cette névralgie qui suivit principalement les branches supérieures du trijumeau s'accompagna de quelques troubles vaso-moteurs. Une nuit, par exemple, le malade se réveilla avec une enflure subite des lèvres et du menton, déterminant une sensation de gêne

et de picotement, « une sorte d'engourdissement pareil à celui que l'on ressent dans la main, lorsqu'on est resté trop longtemps appuyé sur le bras ». C'est la comparaison même du malade. Il se rappelle qu'à ce moment, pour guérir cette fluxion, il se mit à fumer. Mais chaque fois qu'il mettait sa cigarette à la bouche, il la laissait tomber, car il ne sentait pas son contact. Cet œdème, qu'il avait du reste constaté en se regardant dans une glace, disparut au bout de trois heures, aussi subitement qu'il était venu. Le lendemain matin, le malade n'avait plus aucune trace de tuméfaction et la motilité ou la sensibilité étaient redevenues normales.

Cette névralgie faciale ne se termina qu'à la chute complète des dents, à la mâchoire supérieure. En même temps que les dents tombaient, le malade enlevait des fragments osseux au maxillaire supérieur. Pour cela, il lui suffisait d'introduire la pointe de son canif dans l'alvéole deshabillée, et par un mouvement de rotation imprimé à la lame, il dégagait quelque séquestre branlant et le faisait basculer et tomber. Il a ainsi enlevé une vingtaine de fragments, dont deux, les plus gros, et qu'il a pu nous montrer, poreux comme une pierre ponce, représentaient la largeur d'une pièce de 20 centimes. Ces deux séquestres, il les a enlevés en deux points symétriques qu'il nous a montrés : ils correspondent bien au sommet du sinus maxillaire.

Actuellement, le malade se présente avec une physiologie spéciale, que nous avons décrite dans une autre observation, un air hébété, à la fois étonné et rieur. La lèvre supérieure est retirée en arrière et se trouve recouverte par la lèvre inférieure. Le rebord alvéolaire a totalement disparu. La voûte palatine réduite à sa portion horizontale n'est plus qu'une lame à peu près plane, de forme triangulaire, à sommet antérieur, aux côtés légèrement sinueux et irréguliers. Sur les bords de la voûte, de chaque côté, existe une perforation. La droite commence

à 1 centimètre de la ligne médiane et s'étend en arrière jusque vers le milieu de la voûte. C'est plutôt une dépression sinueuse qu'une perforation, car le trou, la partie perforée n'existe qu'à la partie postérieure de ce sillon. Il y a là une ouverture par laquelle un stylet seul est assez fin pour pénétrer ; mais il tombe dans une cavité spacieuse, celle du sinus, et vient buter en haut contre le plancher de l'orbite. La perforation qui existe du côté gauche est plus nette et plus étendue ; son contour est irrégulièrement arrondi. Ses dimensions sont celles d'une pièce de 20 centimes ; elle laisse introduire la phalange du petit doigt. Elle siège au niveau du point où se trouvait la première molaire. Le stylet pénètre dans le sinus jusqu'au plancher de l'orbite. Nous ne pouvons le faire ressortir par les fosses nasales. Malgré ces détériorations étendues, ce qui reste de la voûte palatine a conservé son intégrité. Nous ne trouvons pas trace de séquestre, de lames osseuses qui remuent et soient prêtes à se détacher. La muqueuse est saine : elle est un peu plus rouge que normalement ; mais cela est dû à l'irritation, inévitable qu'entretient un appareil prothétique, un dentier, et qui est du reste bien supporté. Il existe sur les différents points de la muqueuse buccale des troubles sensitifs peu marqués, mais qui néanmoins, ont leur importance. Il n'en existe pas sur la peau. Nous avons trouvé que la sensation, le contact était presque perdus au voisinage des deux perforations et que le stylet appliqué plusieurs fois en ces points et maintenu quelques instants en place, n'était pas senti, qu'au même endroit, la sensation de piquûre était très diminuée. Ce sont là les seules troubles de sensibilité que nous ayons pu relever. Cette affection s'accompagne de troubles fonctionnels faciles à prévoir. La voix est nasonnée mais très légèrement, la parole est défectueuse, mais compréhensible, la mastication difficile : le malade même ne mangeait autrefois que des soupes : nous disons autrefois, car ces troubles là ont disparu, de-

puis que le malade porte un dentier avec obturateur palatin.

Les différents organes fonctionnent bien. Les urines examinées sont normales. Le malade porte des traces très nettes et même tenaces de syphilis. On trouve sur la langue des crevasses profondes se coupant en tous sens et donnant à la muqueuse un aspect parqueté. On trouve des plaques muqueuses sur les lèvres.

Il y a plus de quinze ans, le malade a eu des douleurs dans les membres supérieurs ou inférieurs, douleurs constrictives, comme si on lui eut serré les membres dans un étau. Elles étaient accusées surtout au-dessous des coudes et des genoux, mais elles cessaient rapidement et rien qu'en remuant ses bras ou ses jambes le malade les faisait disparaître. Il a rendu plusieurs fois du sang par l'anus, sans qu'il existe actuellement trace d'hémorragie. Il a éprouvé un temps de la difficulté et de la lenteur dans la miction. Le sens du goût paraît atteint. A deux reprises différentes, il a éprouvé la même sensation de doux en avalant du sucre et de la quinine.

L'examen des yeux a été fait à deux époques différentes par M. Rochon-Duvigneaud, chef de clinique de M. le Professeur Panas. La première fois, M. Duvigneaud a relevé comme trouble appréciable, quelques accès nets de diplopie ; un ptosis très léger que la femme du malade aurait remarqué à certains moments seulement : l'existence passagère de quelques brouillards venant se placer devant les yeux et lui faisant perdre la vue des objets avoisinants. Enfin ses paupières sont prises d'un tremblement rapide et continu, quand on lui dit de les tenir fermées. L'examen des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation a été particulièrement laborieux. Après plusieurs contrôles successifs, M. Duvigneaud nous fait remarquer qu'à la lumière vive du jour, les pupilles sont à peu près égales, non myosiques, la gauche est peut-être un peu plus grande. Dans l'obscurité, la pupille gauche

conserve ses dimensions, elle est donc insensible à la lumière. La droite se dilate lentement et irrégulièrement, déformation pupillaire due à un trouble moteur et non pas à des synéchies. A ce moment, le malade a de l'inégalité pupillaire. En somme, les pupilles réagissent assez bien à l'accommodation, mais très peu à la lumière, la droite étant très paresseuse, la gauche absolument insensible. A côté de cela aucun trouble papillaire. Le sens des couleurs est extrêmement bien conservé et particulièrement délicat. L'œil droit est myope et astigmat. C'est une malformation congénitale. Le malade revient nous voir le 20 juillet 1894 pour des plaques muqueuses tenaces de la langue.

La perforation palatine droite est stationnaire, la gauche a un peu augmenté en largeur. La sensation de piqure est mal appréciée sur la voûte et produit une sensation de contact. Le malade a éprouvé depuis quelques jours, une sensation d'ébranlement dans les dents d'en bas : aucune cependant ne remue encore. Le malade éprouve des sensations de constriction dans les genoux et quelques secousses dans les épaules.

C'est là un cas type de ce qu'on a décrit autrefois sous le nom de résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine et plus récemment sous le nom de mal perforant buccal. Le malade est syphilitique : il n'a pas encore de signes très positifs de tabès.

OBSERVATION XVI

GALIPPE. — (*Journal des Connaissances médicales*, mai 1894, p. 139).

Je rencontrai, dans le service de mon ami Debove, un ataxique fort intéressant. Le malade atteint de pyorrhée alvéolaire, avait perdu toutes les dents du maxillaire

supérieur. Il s'était fait, au niveau des sinus maxillaires droit et gauche, une perte de substance et la cavité buccale communiquait largement avec ceux-ci.

Pour pouvoir boire et manger, le malade, avant de prendre ses repas, remplissait la cavité de ses sinus avec de la viande crue, hâchée, qu'il retirait après ses repas. M. Debove me pria de remédier à cette infirmité. Sur mes indications, on fit à ce malade un appareil dit à succion, surmonté de deux obturateurs en caoutchouc mou, pénétrant assez profondément dans les sinus et interceptant ainsi toute communication avec la cavité buccale. Ce malade mourut des suites d'une pneumonie et en dépit d'une période agonique très longue, je retrouvai à la salle des morts son appareil solidement fixé à la voûte palatine.

Lésions dentaires. — Le ciment présente des altérations caractéristiques. Il y a des régions de ciment ligamenteux, qui ont été détruites et remplacées par du ciment osseux. Le ciment osseux lui-même a été le siège de phénomènes destructifs intenses, allant jusqu'à la dentine et la pénétrant. Les encoches ainsi formées ont été comblées par du ciment de nouvelle formation et celles qui ne sont pas comblées sont envahies par des parasites.

Au voisinage de la pulpe et dans la cavité pulpaire, on observe des néoformations constituées par la dentine secondaire. Les canalicules de cette dentine, comme on l'observe généralement sont moins nombreux et beaucoup plus larges que les canalicules normaux. Parmi les canalicules, on en observe de digités, se continuant avec ceux de la dentine normale. Il y a des points où la substance dentinaire est moins apte à fixer le picro-carmin. Ces points forment des espèces de rayons partant de la pulpe et se rendant à la périphérie, en suivant la direction générale des canalicules. Ils se présentent sous l'aspect de traînées blanchâtres, si la coupe passe par l'axe

des canalicules, et sous forme de taches blanchâtres, si la coupe est perpendiculaire: Outre cette différence de colorabilité, on retrouve, comme dans la dentine de nouvelle formation, un plus grand espacement des canicules. Ceux-ci ont un volume plus considérable et parfois se ramifient en donnant des canalicules secondaires plus petits que les normaux. En d'autres points de la dentine, principalement au voisinage de la pulpe, on trouve des lésions analogues paraissant disposées sans ordre et formant des plaques à contour irrégulier. Dans un point, la dentine est moins colorable, les canalicules moins nombreux, plus volumineux, ramifiés, etc.

OBSERVATION XVII

Observation due à l'obligeance de M. A. BLATTER, professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris. — (In thèse R. Henry, p. 164). — Tabès. Mal perforant buccal.

M. L..., 45 ans, marchand de meubles, se présente à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris, le 29 septembre 1902, envoyé par son médecin comme atteint d'une fistule du sinus maxillaire gauche.

A. Héréditaires. — Père mort tout jeune, accidentellement. Mère morte à 52 ans, à la suite d'un refroidissement. 2 frères vivants et bien portants.

A. Personnels. — L. n'a jamais été malade; il est marié depuis 25 ans. Sa femme est bien portante; elle n'a pas eu d'enfants ni de fausses-couches. Il n'a aucun souvenir de syphilis acquise, n'a jamais eu ni taches sur le corps, ni plaques dans la bouche, ni maux de tête, ni alopécie, etc.

Dès son enfance, il avait de mauvaises dents. A l'âge

de 25 ans, il commençait à perdre ses dents qui sont tombées toutes seules, sans souffrances, sans perte de sang. Actuellement l'examen de la bouche montre qu'il lui manque beaucoup de dents.

Maxillaire supérieur. — A gauche, toutes les dents manquent. A droite, il ne reste que l'incisive latérale, la canine, la première prémolaire et la deuxième molaire.

Maxillaire inférieur. — A gauche, il reste l'incisive latérale, la première et la deuxième prémolaire, la deuxième molaire. A droite, toutes les dents manquent.

Toute la moitié gauche du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur est complètement atrophiée et présente des signes nets d'une ostéoporose. Au niveau de la deuxième prémolaire on trouve une fistule qui communique largement avec le sinus maxillaire gauche. Tous les liquides que prend le malade pénètrent facilement par la fistule dans le sinus et de là sortent par le nez. Il n'y a pas de pus. Cette atrophie a commencé il y a à peu près cinq mois sans que le malade s'en soit aperçu et la fistule s'est formée il ya près de deux mois. C'est seulement en voyant ressortir les liquides par le nez que le malade s'aperçut de sa perforation palatine.

Le rebord alvéolaire de la moitié du maxillaire inférieur est aussi atrophié, recouvert d'une muqueuse épaisse, indurée, blanche, brillante, argentée. Le malade présente l'hémiatrophie droite de la langue.

Le malade est maigre mais musclé, il se porte bien, le faciès est immobile avec un regard vague. Du côté des yeux, il présente le signe d'Argyll-Robertson, et de l'amblyopie. Il n'a pas de troubles de la marche, pas de douleurs fulgurantes ou lancinantes dans les membres inférieurs, mais la nuit, il a souvent des crampes qui l'empêchent de dormir. Les réflexes rotuliens (signe de Westphal) sont complètement abolis et il présente le signe de Romberg. Il a la parole vague, embarrassée, et il est un

peu sourd. En somme il présente des signes importants d'ataxie locomotrice.

OBSERVATION XVIII

Un cas de mal perforant buccal. — MM. CAPDEPONT et RODIER, dentistes des Hôpitaux. — (Société de Stomatologie, 16 février 1903, et Revue de Stomatologie, mai 1903, p. 232).

M. J...., opticien se présente à la consultation dentaire de l'hôpital Lariboisière, le 16 janvier 1903 ; venu très régulièrement dans le service du docteur Chaillous pour le traitement d'une névrite optique double, il s'adresse à nous pour demander une amélioration à une gêne fonctionnelle survenue récemment. Depuis quelques mois, en effet, et cela d'une façon tellement progressive qu'il n'en peut préciser le début, il s'est aperçu que sa voix était nasonnée et que les aliments liquides refluaient parfois par le nez. Ces phénomènes ont apparu il y a six mois environ, puis se sont affirmés sans douleur, sans ulcération du rebord gingival, sans maux de dents, sans inflammation d'aucune sorte. Il présente du prognathisme du maxillaire inférieur. A l'examen de la cavité buccale, le maxillaire supérieur paraît presque entièrement dégarni. Seules persistent les deux incisives centrales, la canine et la première prémolaire gauche. Les racines de l'incisive latérale gauche, des incisives latérales canine et première prémolaire droites existent encore enfouies dans la gencive. Les dents absentes, c'est-à-dire les grosses molaires et les deuxième prémolaires ne sont pas tombées spontanément. Elles auraient été successivement arrachées dans une série d'interventions dont la plus récente remonterait à plusieurs années. Chacune de ces extractions aurait

été nécessitée par des douleurs violentes. Les extractions des dents du côté gauche remonteraient à 20 ans. De ce côté, et de ce côté seulement, (car dans son ensemble le maxillaire ne paraît pas atrophié), on constate une résorption totale du rebord alvéolaire. En arrière de la première prémolaire ce bord a disparu, et de telle façon que les racines de cette dent sont à leur face postérieure presque entièrement dénudées. Dans la région occupée autrefois par la première grosse molaire, existe une perforation qui fait communiquer la cavité buccale avec celle du sinus. Cette perforation mesure 2 millimètres de diamètre : elle est régulièrement arrondie et pénètre dans la région déclive de l'antre. Elle marque le sommet d'une sorte d'infundibulum, qui occupe une partie de la voûte palatine, s'avance à un centimètre et demi environ de la ligne médiane et dont le rebord très net et formant arête, suit un trajet régulièrement curvigné à concavité externe. Les bords de la perforation sont très réguliers, recouverts de la muqueuse sous laquelle on sent parfaitement le tissu osseux. Il n'y a à ce niveau aucune trace d'ulcération. La muqueuse n'est pas hyperhémisée, elle est plutôt blanchâtre et nacrée, d'aspect rivulé, granuleux, de consistance fibreuse. L'os sous-jacent paraît sain, pas de séquestre, pas d'inflammation : c'est le type de la résorption osseuse aseptique. Cette recherche nous a permis en même temps de constater l'insensibilité absolue de la muqueuse dans toute la région qui tapisse l'infundibulum et sur la face interne de la joue. Par contre, la sensibilité thermique persiste, et le contact d'un objet froid ou chaud est très exactement perçu par le malade.

Cette lésion est unilatérale et bien que les grosses molaires droites soient également absentes depuis plusieurs années, on n'observe de ce côté rien qui soit comparable à ce que nous venons de décrire et qui ne soit normal.

Le maxillaire inférieur ne présente pas non plus de caractères marquants. A droite, la première grosse molaire

est absente. A gauche les deux prémolaires et la première grosse molaire n'existent plus, mais les racines sont encore là, très solides, et ne permettent pas de croire à la chute spontanée des dents. Par suite de l'absence des grosses molaires du haut et des prémolaires du bas, à gauche, l'articulation a subi un affaissement encore favorisé par une usure considérable des incisives du haut, taillées en biseau aux dépens de leur face antérieure. Le fait que ces incisives sont en rétroversion explique la localisation anormale de la surface d'usure.

Donc pas de chute spontanée des dents, pas de mobilité, pas de pyorrhée alvéolaire.

Les signes fonctionnels occasionnés par la perforation se résument en un nasonnement assez prononcé de la voix et dans le reflux des aliments liquides par le sinus et par le nez, au moment de la déglutition ; ce phénomène ne se produit pas du reste de façon constante.

Ce malade nie formellement avoir jamais eu la syphilis. Cependant, depuis une dizaine d'années, sa vue baissait un peu. Mictions fréquentes avec retour rapide à l'état normal. Hyperhidrose fétide. Agueusie presque complète pendant quinze jours. Ce sont là des symptômes fugaces, mais, depuis un an s'est établie une véritable triade de première importance : diminution progressive de l'acuité visuelle révélatrice d'une névrite optique double ; frigidité qui ne tarda pas à aboutir à l'impuissance presque absolue, enfin, modifications du caractère marquées par des colères subites et une émotivité exagérée. Actuellement d'autres signes sont venus donner la certitude du diagnostic de tabès : perte des réflexes rotuliens, du réflexe pharyngien ; signe d'Aargyll Robertson ; atrophie papillaire. La réaction de la pupille à la douleur est à peu près totalement abolie (signe d'Erb). Il existe aussi une insuffisance aortique marquée par un souffle diastolique intense à la base, souffle à timbre piaulant, affection relativement fréquente dans le tabès.

OBSERVATION XIX

J. CHOMPRET. — (*Archives générales de Médecine*, 1^{er} décembre 1903). — *Maux perforants buccaux ou nécroses multiples du maxillaire chez un tabétique.*

C'est le même malade qui figure dans la deuxième observation de M. Pierre Marie et dans l'observation, thèse Henry, page 166.

C... Claude,, âgé de 47 ans, nous est adressé en juin 1903, par notre confrère et ami, le docteur Fredet, avec le diagnostic de mal perforant buccal.

Les antécédents héréditaires de ce malade nous apprirent que son père, mort à 55 ans d'attaque d'apoplexie, était aveugle depuis l'âge de 50 ans, par suite d'atrophie du nerf optique. Sa mère, très nerveuse, a succombé à 56 ans à une affection hépatique. Ils furent trois frères qui passèrent tous trois par l'école normale et qui, sauf notre homme, sont en bonne santé aujourd'hui.

Claude Ch... ne se rappelle pas avoir jamais été souffrant. Cependant, à l'âge de 16 ans il eut sur la verge une petite plaie qui guérit en quinze jours et que le médecin consulté semble avoir considéré comme une lésion banale et négligeable. Le malade n'eut alors ni rougeur sur le corps, ni plaques muqueuses, ni céphalée, non plus que de chute de cheveux ou de symptômes quelconques d'infection.

Pendant les quatre premières années qu'il passa au régiment, il ne se fit pas porter malade un seul jour, mais il contracta au service, comme tant d'autres, de mauvaises habitudes, des excès de boisson ; en moyenne il absorbait par jour un à deux litres de vin, de la bière, une absinthe et une dizaine de petits verres. A la sortie du

régiment, notre homme prit le métier de confiseur et continua de boire avec excès. Cependant il se maria à 35 ans, eut trois enfants aujourd'hui âgés de 13, 11 et 10 ans qui, quoique chétifs ne furent jamais malades. Lui-même, malgré son intempérance paraît s'être fort bien porté jusqu'à l'âge de 40 ans. A ce moment il s'aperçut que, quand il se baissait, il avait des vertiges, qu'il voyait double et bientôt il ressentit dans les jambes, les bras, la tête, tout le corps en un mot, des douleurs fulgurantes, tandis que ses articulations lui semblaient être le siège de fourmillements très pénibles, puis ce furent des douleurs en ceinture et enfin un tremblement progressif des mains devenant moins d'un an après le début de la maladie si considérable que notre pauvre malheureux dut abandonner son métier de confiseur.

Depuis il traîne sa misérable personne de service hospitalier en service hospitalier, à Saint-Antoine, Tenon, la Salpêtrière, à St-Louis, où partout on le traite pour du tabès : douches, pointes de feu, injections mercurielles, tout semble avoir été employé sans autre résultat que ses douleurs fulgurantes ont diminué d'intensité et que le tremblement de ses mains est moins violent.

L'étude de la maladie présente d'ailleurs un certain nombre de points intéressants qui nous feront pardonner le détail de notre observation. C'est ainsi qu'il y a cinq ans, notre homme eut, pendant quatre à cinq mois, du ptosis et de la paralysie des muscles de l'œil gauche. Ces troubles, venus subitement, disparurent de même, sans jamais revenir. Le signe d'Argyll-Robertson manque. Il ne paraît pas y avoir de rétrécissement du champ visuel : il a conservé la notion exacte des couleurs, mais il lui semble avoir continuellement devant les yeux un nuage qui l'empêche de lire, d'autant plus que les larmes viennent voiler son regard très rapidement.

Aucun trouble auditif, ni bourdonnement, ni sensations subjectives ; l'olfaction et le goût sont normaux égale-

ment. Pas de crises vésicales. Toutefois il a de l'incontinence d'urine, surtout pendant le sommeil ou lorsque le besoin n'est pas immédiatement satisfait.

Au début de l'affection, et jusque il y a deux ans, Claude Ch... eut des crises gastriques fort douloureuses qui revenaient de façon très irrégulière et étaient suivies de vomissements. Aujourd'hui, il n'existe plus que de légères nausées accompagnées de crachotements muqueux. L'appétit est d'ailleurs excellent et les digestions d'ordinaire faciles ; notons cependant que le malade, hémorroïdaire, a des périodes de constipation auxquelles succèdent des diarrhées non douloureuses, avec parfois émissions involontaire de matières fécales.

Le pouls sec, tendu, bat 92 pulsations, le cœur est normal, les poumons sains. Depuis longtemps, notre malade est frigide, impuissant. Son caractère s'est assombri, il a des idées noires, des moments d'emportement qui se terminent par une crise de larmes. Sa mémoire est quelque peu affaibli mais son intelligence semble parfaite et le malheureux souffre de se voir encore jeune, encore vigoureux, incapable de gagner sa vie et celle de ses enfants. Sa force musculaire est encore extrême : jadis, il était capable de porter un sac de 210 kilos et il lui semble que, s'il pouvait se tenir debout, il soulèverait encore de tels poids.

Au repos, l'ataxie ne se révèle en aucune façon et, fait bizarre, lorsque, étant assis, le malade a les yeux fermés, il exécute tous les mouvements très correctement, ne tremblant pour ainsi dire plus, bien moins en tout cas qu'en temps ordinaire. La précision n'est pas parfaite, mais la direction est bonne et le tremblement semble être dû en grande partie à l'émotion, à la peur de mal faire, de commettre une maladresse, de briser un objet.

Les signes de Westphal, de Romberg existent chez notre malade qui, pour marcher, lance les jambes, se croi-

sant, talonnant, s'enchevêtrant, et qui, à l'arrêt doit écarter les pieds pour pouvoir se tenir debout.

Anesthésie douloureuse et non tactile de tout l'individu. Aucun phénomène paralytique ; pas d'atrophie musculaire, non plus de troubles trophiques de la peau, des ongles, des cheveux ; pas d'hyperhidrose. Toutefois, il y a trois ans, à la suite d'un choc sur l'auriculaire gauche, il se fit une arthropathie entre la phalange et la phalangine et depuis, ce doigt demeura rétracté.

Je noterai enfin que les douleurs dans les membres sont plus violentes la nuit que le jour, et que le malade, nerveux, en proie à des insomnies intolérables, est obligé souvent d'avoir recours à la morphine.

J'arrive enfin à l'examen de la bouche, qui mérite surtout d'arrêter notre attention. Comme la plupart des confiseurs qui ne prennent point soin de leur bouche, Claude C... vit de bonne heure ses dents se carier ; toutefois il ne paraît pas avoir eu la carie des collets que nous constatons d'ordinaire dans cette profession. Mais ses molaires s'effritèrent rapidement, devinrent des chicots qu'il fit progressivement enlever et cela plusieurs années avant le début de son tabès.

Notre malade ne se souvient d'aucune douleur buccale ni dentaire, aucune névralgie de la face : cependant il y a trois ans, en 1900, sans qu'il y ait eu aucune modification buccale quelconque, il s'aperçut que les liquides et la fumée de son cigare passaient de sa bouche dans son nez. Il alla à la découverte du point de communication et le trouva sur la crête alvéolaire à gauche, dans la région des grosses molaires qui, chez lui, ainsi que nous l'avons dit, avaient été enlevées quelque quinze ans auparavant. C'était un petit trou dont il ne s'inquiéta que pour l'obturer au moyen d'une boulette d'ouate.

Quelques mois plus tard, en 1901, les incisives supérieures jusque là fort solides, devinrent branlantes, et, en moins d'un mois, tombèrent spontanément, sans dou-

leur, sans fluxion ; à la fin de la même année, notre malade s'apercevait qu'en cette région incisive, s'était formée une petite ulcération qui, depuis, ne s'est jamais cicatrisée.

En juillet 1902, notre homme, ayant de grandes difficultés à mastiquer, s'en fut à une école dentaire pour obtenir un dentier. On lui enleva, paraît-il, quelques racines en haut à droite et en bas à gauche, qui tenaient fort bien, ainsi qu'une incisive inférieure qui s'était ébranlée progressivement par résorption alvéolaire, l'incisive voisine étant tombée spontanément.

Il ne restait plus alors en haut que la deuxième grosse molaire droite et la deuxième petite molaire du même côté, qui d'ailleurs, est tombée depuis spontanément en janvier 1903.

En bas, comme aujourd'hui, on ne comptait plus que sept dents : les deux incisives gauches, les deux canines, les deux premières molaires et la troisième grosse molaire gauche.

C'est sur ce terrain qu'en juillet 1902, furent construits les deux appareils que porte encore en ce moment notre malheureux, mais qui furent modifiés dans la région antérieure, dans ces derniers temps, à la suite de l'intervention que nous allons rapporter.

Quatre ans plus tard, en novembre 1902, le malade se réveilla un matin avec une forte fluxion de la région incisive supérieure : il s'aperçut alors que la plaie de la région intermaxillaire s'était étendue et qu'elle sécrétait du pus.

Lorsque Claude C... vint nous trouver en 1903, nous trouvâmes en ce point un volumineux séquestre que nous mobilisâmes facilement et que nous enlevâmes sans douleur aucune. L'os nécrosé comprenait les alvéoles des quatre incisives, et la perte de substance que nous avions ainsi obtenue nous permettait de passer largement dans les fosses nasales.

Depuis, le travail nécrotique ne s'est pas arrêté en

chemin et le malade élimine de temps à autre de petits séquestres ; nous en avons cueilli un le 17 octobre 1903 par un nouveau pertuis qui s'est ouvert en arrière et à gauche de la perforation intermaxillaire.

Nous avons donc aujourd'hui trois perforations : une antérieure comprenant tout l'os incisif, de forme étoilée et permettant l'introduction de l'auriculaire ; par elle on pénètre directement dans les fosses nasales dont on aperçoit la muqueuse recouvrant la cloison et les cornets inférieurs, une palatine antéro-latérale conduisant dans un cul-de-sac peu profond ; une troisième alvéolaire latérale gauche, du diamètre d'un crayon et de forme ovale aboutissant dans le sinus maxillaire.

La muqueuse a sa consistance et sa coloration normales au pourtour des perforations antérieures et latérales ; mais il y a une très légère inflammation dans le voisinage du pertuis palatin.

Les dents subsistantes sont saines et sauf la troisième grosse molaire inférieure gauche et l'incisive centrale du même côté, sont encore solidement implantées. Il existe de la gingivite tartrique et peut-être un certain degré de pyorrhée alvéolaire, puisqu'il y a léger décollement, sans qu'il soit possible toutefois de faire sourdre la moindre gouttelette de pus.

La sensibilité tactile est pour ainsi dire abolie sur le palais et les bords alvéolaires : anesthésie douloureuse absolue dans ces mêmes régions, de même qu'à l'intérieur des perforations. Le chaud et le froid ne sont aucunement perçus. Sur la muqueuse jugale les sensations diverses sont fort affaiblies, mais elles paraissent intactes sur la langue, les lèvres, le menton, la face. Pas de tremblement de la langue qui, cependant, semble avoir un petit degré d'hémiatrophie droite.

Notons sur la muqueuse jugale, principalement au pourtour de l'orifice du canal de Sténon, de petits dépôts calcaires intra-muqueux, ainsi que nous en trouvons sur-

vent chez les neuro-arthritiques faisant de la lithiase.

Si nous examinons la façon dont articulait, ou mieux, dont mordait notre malade, nous constaterons que sa grosse molaire inférieure gauche venait buter dans la région de la perforation alvéolaire postérieure, et que ses incisives et canines inférieures frappaient sa muqueuse vers la perforation antérieure. Nous attachons une certaine importance à ce fait, qui servirait à démontrer l'influence pathogénique du traumatisme sur un certain nombre de cas de maux perforants buccaux.

OBSERVATION XX

Pierre MARIE. — (*Revue Neurologique*, 31 mai 1905, n° 10. — *Maux perforants buccaux chez deux tabétiques, dus au port d'un dentier.*

Premier malade (observation XX). — Il y a quelques semaines un tabétique de la ville me faisait remettre une mince lamelle osseuse de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Il avait, disait-il, rendu cette lamelle par la bouche, et il me demandait ce que cela signifiait. J'examinai la bouche et j'y constata la présence d'une ulcération à bords un peu calleux, siégeant à la partie médiane de la voûte palatine.

J'appris alors que depuis une quinzaine le malade s'était fait poser au niveau du maxillaire supérieur un dentier fixé au palais par le vide qu'y produisaient des mouvements de succion.

C'est justement au point où se trouvait la chambre à air, et où la muqueuse avait été traumatisée par les efforts de succion, qui s'était produite l'ulcération, et peu s'en fal-

lut que la voûte palatine ne fut perforée ; seule la lame inférieure de l'os semble heureusement avoir été éliminée.

Je confirmai l'examen de la bouche et constatai qu'au niveau de la partie la plus reculée du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, des deux côtés, il existait une petite eschare brunâtre, et cela aux points même où le dentier prenait son point d'appui latéral.

Je prescrivis l'enlèvement immédiat du dentier et quelques soins antiseptiques de la bouche ; l'ulcération médiane alla en s'améliorant, mais l'eschare du côté gauche détermina une ouverture du sinus maxillaire de ce côté et la persistance d'une sorte de mal perforant buccal.

La seule cause est ici le traumatisme localisé produit pendant une quinzaine de jours sur la muqueuse buccale par le dentier.

Deuxième malade (observation XIX suite). — Chez un autre tabétique, actuellement dans mon service de Bicêtre, et que j'ai fait venir pour vous le présenter, vous constatez également l'existence d'un mal perforant médian palatin et de deux maux perforant latéraux de l'extrémité postérieure du rebord alvéolaire supérieur. Chez ce malade, (déjà noté dans l'observation de M. Chompret), on retrouve un mécanisme tout à fait identique dans la production des maux perforants buccaux.

C...., quarante-huit ans, ouvrier confiseur, a commencé son métier vers l'âge de quinze ans, et peu après ses dents sont devenues mauvaises, le **malade avait fréquemment** des maux de dents : celles-ci tombaient par morceaux. Dès l'âge de trente à trente-cinq ans, sa bouche était en grande partie dépourvue de dents.

Les premiers signes de tabès n'auraient commencé à se montrer que vers 1897 : le malade avait alors quarante et un ans.

En 1900, à la suite de l'extirpation d'un chicot, il se serait produit au niveau de la partie latérale et postérieure du maxillaire supérieur à gauche, une perforation

qui faisait communiquer la bouche avec le sinus maxillaire. C'est vers le mois de septembre 1901 qu'il aurait été muni d'un dentier adhérent au palais par le moyen de la succion ; quelques mois après se serait montrée l'ulcération médiane du palais. Dès que la perforation palatine fut reconnue, le dentier à succion fut enlevé et remplacé par un appareil à ressorts. A la suite du port de cet appareil par le malade (à une époque qu'il ne peut déterminer), on vit se produire des maux perforants latéraux (exactement au niveau des points d'appui du nouvel appareil) : le mal perforant du maxillaire inférieur gauche est apparu en juillet 1904, le malade ayant peu avant cette date cassé son dentier, avait dû faire usage d'un autre appareil dont les points d'appui n'étaient plus les mêmes.

C'est à ce fait qu'il faut attribuer l'apparition du mal perforant inférieur, car ce nouvel appareil prenait un point d'appui spécial sur le maxillaire inférieur gauche.

OBSERVATION XIX (Suite)

(Observation in thèse R. HENRY, p. 166, recueillie dans le Service de M. le Professeur Pierre Marie, à Bicêtre. — Mal perforant buccal, 25 avril 1905.

Claude C..., confiseur, âgé de 47 ans. Ce malade a été vu par M. le docteur Chompret en juin 1903 (Voir observation de M. Chompret, in Archives générales de médecine 1^{re} décembre 1903).

L'état dentaire de ce malade n'a pas changé depuis ce moment. Actuellement l'incisive centrale gauche est complètement déchaussée, elle branle fortement dans son alvéole et ne tardera sans doute pas à tomber. M. le professeur Marie attire notre attention sur ce fait qu'après

la chute des incisives supérieures, en 1901, la mastication devint très difficile et le malade se fit faire en juillet 1902 un appareil à succion. Il semble que le traumatisme exercé sur la muqueuse par la succion n'ait pas été étranger à la localisation de la perforation.

En septembre 1904, le malade qui avait deux appareils haut et bas, en cassa un ; il prit alors un autre dentier articulant mal avec celui demeuré en bon état et forçant du côté gauche du maxillaire inférieur au niveau des molaires. Une ulcération se fit alors sur ce maxillaire dans la région alvéolaire gauche et en décembre il s'élimina un séquestre long de trois centimètres environ sur un centimètre de haut et un centimètre de large.

Actuellement il manque sur ce maxillaire inférieur à gauche la deuxième prémolaire, la première et la deuxième molaire : à ce niveau la muqueuse lisse et non ulcérée recouvre le corps du maxillaire réduit à un cordon osseux des dimensions du petit doigt. La muqueuse tapissant le bord supérieur du maxillaire à ce niveau se trouve sur le même plan que la muqueuse du plancher de la bouche. A droite la résorption du maxillaire inférieur est marquée, mais moins complète. Anesthésie de la muqueuse.

Au maxillaire supérieur la perforation centrale incisive ne s'est pas modifiée. La perforation alvéolaire latérale gauche n'a pas changé. La perforation palatine antéro-latérale est comblée par des replis de la muqueuse, et il n'est pas possible de la retrouver, même en écartant ces replis dus à une polifération de la muqueuse. La symptomatologie du tabès s'est un peu modifiée. Les crises gastriques sont moins fréquentes. Le larmoiement est moins marqué. L'incoordination motrice aux membres supérieurs et aux membres inférieurs n'a pas changé. Par contre on constate maintenant le signe d'Argyll-Robertson et une inégalité pupillaire nette, la pupille gauche est plus grande que la droite.

OBSERVATION XXI

Un cas de mal perforant buccal : MM. BLATTER et H.-CH. FOURNIER. — (L'Odontologie, 1905, 28 février, p. 213-218). — (Société d'Odontologie, séance du 7 février 1905).

M. L..., âgé de 72 ans, se présente à la clinique de l'Ecole pour une petite ulcération siégeant au niveau de la partie médiane du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure. Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt : personnellement il a contracté la syphilis à l'âge de 19 ans : il s'est toujours bien soigné et ne se rappelle pas avoir eu aucun accident. Depuis une dizaine d'années, il a cessé tout traitement. Pas d'autre passé pathologique. A l'examen de la bouche, on constate l'absence complète de dents à l'arcade alvéolaire supérieure, si nous en exceptons la canine droite. A la mâchoire inférieure subsistent les incisives, les canines, la première prémolaire droite, la première molaire gauche. A ce niveau les dents absentes ont été enlevées à la suite de caries pénétrantes. Il n'en est pas de même pour les dents absentes aux maxillaires supérieurs : celles-ci, tout à fait saines, sans cause appréciable, devenaient mobiles et furent enlevées, comme cueillies avec la plus grande facilité. La dernière, l'incisive centrale droite, fut extraite (?) le 15 juin alors qu'elle était mobile depuis trois mois : la cicatrisation s'effectua normalement. Cependant trois semaines plus tard, apparut une petite ulcération au niveau de la dent absente. Une exploration fut alors pratiquée : le stylet ramena deux petits séquestres : les injections faites par la plaie buccale pour nettoyer le trajet fistuleux pénétrèrent dans les fosses nasales. Elles furent répétées une quinzaine de jours, après quoi le malade, en somme peu incommodé, cessa de

se soigner : le diagnostic de sinusite maxillaire fut posé à cette époque.

Lorsque nous voyons le patient, celui-ci se plaint de l'écoulement par son ulcération alvéolaire, d'un exsudat purulent et sanguinolent incessant, de saveur infecte. Il ne ressent aucune douleur. Nous constatons au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire supérieure, un peu portée sur la droite, une petite ulcération bourgeonnante sur les bords de laquelle on voit sourdre une goutte de liquide. Avec un stylet nous essayons de reconnaître le trajet fistuleux et, après quelques tâtonnements, nous arrivons dans les fosses nasales ; la fistule a un trajet presque vertical, légèrement oblique en haut, en arrière et à droite. L'exploration permet de constater la présence d'un séquestre assez volumineux, non mobile encore et en voie de formation. Ces recherches ne sont pas douloureuses, sauf lorsque le stylet pénètre dans les fosses nasales. Nous prescrivons localement des injections antiseptiques (eau oxygénée) en attendant la mobilisation du séquestre, que nous nous nous proposons d'extraire ; nous soumettons le malade à nouveau au traitement antisyphilitique (sirop de Gibert). Au bout de trois semaines, la canine droite est extraite sans difficulté, elle s'est progressivement mobilisée et est entièrement calcifiée. Sous l'influence du traitement local, l'écoulement purulo-sanguin est moins abondant, mais la lésion n'a rétrocedé en rien. Nous avons malheureusement perdu de vue le malade.

OBSERVATION XXII

RENÉ HENRY. — *In thèse 1905, n° 529, p. 99. — Observation recueillie dans le Service du Professeur Gaucher, 15 juin 1905. — Chute des dents et résorption du rebord alvéolaire des maxillaires chez une ataxique.*

Mme L..., blanchisseuse, âgée de 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'un cancer à 56 ans. Sa mère est morte d'une hémorragie cérébrale à 66 ans. Deux frères morts tuberculeux.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans son enfance. Depuis, la malade s'est toujours bien portée.

Réglée à 11 ans, elle s'est mariée à 24 ans et a eu cinq enfants : deux sont morts de méningite tuberculeuse, l'un à l'âge de six semaines, l'autre à 18 mois. Les trois autres, deux garçons et une fille, sont bien portants.

Pas de fausse couche. Ménopause à 47 ans.

On ne trouve pas d'antécédents de syphilis : la malade ne se souvient pas d'avoir eu de chancre, de manifestations cutanées, de maux de gorge ; vers l'âge de 35 ans, elle aurait perdu beaucoup de cheveux et au même moment elle aurait eu une céphalée vive en casque, surtout nocturne, durant environ deux mois. Il y a six ans la malade jusqu'alors bien portante a vu ses dents s'ébranler et tomber : la première fois elle en perdit une en mangeant sa soupe, les autres sont tombées de la même façon. La malade sentait un corps étranger dans la bouche et en le crachant, elle s'apercevait que c'était une de ses dents.

Ainsi cette chute des dents non seulement ne s'accompagnait d'aucune douleur, mais encore la malade ne s'en apercevait qu'en sentant un corps étranger avec la langue.

Aucun écoulement de sang ne suivit la chute de ses

dents et la cicatrisation de la muqueuse se fit rapidement.

Les premières dents perdues furent les incisives supérieures. La chute des dents a duré six à huit mois, elle n'a été précédée d'aucun phénomène prémonitoire ni suivie d'aucun incident.

Peu après la vision s'affaiblit à gauche, de ce côté la vue devint peu à peu trouble et indistincte. L'œil gauche se dévia en strabisme interne traduisant ainsi la paralysie du moteur oculaire externe. Diplopie.

Depuis un an la malade se plaint d'élancements dans les jambes rappelant les douleurs fulgurantes, depuis deux mois perte de la sensation du sol.

Actuellement. — L'incoordination motrice des membres inférieurs est nette. Signe de Romberg, la malade ne peut rester debout les talons joints, elle oscille et tombe. La marche est difficile, il y a une incoordination assez marquée.

Pas d'incoordination des membres supérieurs ni de la face. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis.

Troubles de sensibilité. — Aux membres inférieurs, on constate de l'hypoesthésie, un retard des sensations très notable sur les jambes et les cuisses, et des erreurs de localisation des sensations dans ces mêmes territoires. Pas de thermo-anesthésie. La sensibilité est normale sur le tronc et les membres supérieurs.

Troubles trophiques. — Maux perforants plantaires.

Depuis deux mois il existe un mal perforant plantaire du gros orteil droit près du sillon digito-plantaire. Ulcération d'aspect blanchâtre, terne, légèrement suintante à bords épaissis non douloureux. A l'exploration le stylet arrive sur l'os dont on perçoit la crépitation. Anesthésie autour de l'ulcération. Troubles trophiques des ongles. Onychogryphose.

Pied gauche. — On trouve deux maux perforants plantaires, un sous le gros orteil gauche et un autre au niveau

de la face plantaire des métatarsiens. Tous deux sont secs, à bord jaune, et durs.

Résorption des maxillaires. — Au maxillaire supérieur droit on constate la persistance de la dent de six ans et d'un chicot de racine en arrière de cette dent qui est très déchaussée.

Au maxillaire supérieur gauche il ne reste que les racines de la deuxième molaire et un chicot de racine de la dent de sagesse.

Les arcades alvéolaires du maxillaire supérieur sont résorbées, l'os atrophié est recouvert d'une muqueuse blanchâtre.

Au maxillaire inférieur il ne reste à gauche que les deux incisives, la canine, la première prémolaire et la deuxième ; à droite que les deux incisives, la canine et la première prémolaire ; il y a de la gingivite tartrique. Au niveau des molaires les arcades alvéolaires sont résorbées, la portion horizontale correspondante du maxillaire inférieur est atrophiée et réduite à un cordon osseux haut de 1 centimètre du côté droit ; de ce côté la racine de la première prémolaire est complètement déchaussée, la muqueuse est blanche, nacrée.

La sensibilité de la muqueuse palatine est très émoussée, la tact n'est pas senti et la piqure est faiblement perçue ; il en est de même au maxillaire inférieur au niveau de l'arcade alvéolaire.

La sensibilité de la face est normale. La pression au niveau du trou moutonnier et du trou sous-orbitaire révèle de la douleur plus vive au niveau du trou sous-orbitaire gauche.

Symptômes oculaires. — Les pupilles ne réagissent ni à la lumière ne à l'accommodation. Vision très affaiblie à gauche. Paralyse du moteur oculaire externe gauche. Diplopie.

Pas de crises viscérales. Cependant la malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner.

(Suite In observation, thèse R. Henry, p. 167)

Cette malade vue par MM. Rodier et Capdepont en 1903 présentait à ce moment une ulcération de la région incisive gauche avec fistule. Nous l'avons retrouvée en février 1905, dans le service de notre maître, M. le professeur Gaucher ; à ce moment la fistule constatée en 1903 et restée stationnaire depuis subissait un accroissement ; depuis six semaines environ cette perforation augmentait et se présentait alors sous forme d'une fente allongée en sens antéro-postérieur, longue de 1 centimètre, large de 3 millimètres siégeant dans la région incisive gauche très près de la ligne médiane, elle communiquait avec la fosse nasale gauche. Ce sont des troubles fonctionnels : reflux des liquides et des solides de petites dimensions par le nez qui déterminèrent la malade à entrer.

De ce côté gauche le maxillaire supérieur est atrophié par résorption osseuse, le rebord alvéolaire a fait place à une excavation en retrait sur la voûte palatine. Cette atrophie se traduit par le faciès de la malade : la lèvre supérieure rétractée en arrière se trouve recouverte par la lèvre inférieure dans l'occlusion de la bouche.

La perforation palatine est restée stationnaire jusqu'au mois de juin ; à ce moment la malade a perdu un séquestre des dimensions d'une pièce de 50 centimes et actuellement la perforation de la région incisive présente à peu près ces dimensions, la muqueuse est blanchâtre, comme fibreuse.

L'appareil à succion qui fut construit à la malade en février ne paraît pas devoir être incriminé dans la production de cette perforation, la succion se trouvant en arrière de la perforation. L'examen au stylet conduit sur des parties osseuses nécrosées rugueuses.

Nous avons constaté chez cette malade l'apparition de quelques symptômes tabétiques depuis 1903. Depuis deux

ans douleurs fulgurantes dans les jambes, surtout nocturnes ; il y a un an, ptosis gauche passager.

La malade qui urinait en grande quantité depuis longtemps déjà avait toujours soif et buvait plusieurs litres d'eau par jour. L'appétit était très bon. Cependant les urines ne contenaient rien d'anormal. La malade, depuis, urine moins abondamment et moins souvent, deux fois par jour, et la miction est lente : elle demande actuellement plus de cinq minutes. Un peu d'incoordination des membres inférieurs pendant les mouvements commandés.

Réflexes : abolition des réflexes achilléens, rotuliens épitrochléens et palmaire ; abolition du réflexe pharyngien. Signes oculaire : examen par M. le docteur Valette : exagération de la convergence de l'œil gauche en dedans ; depuis 1900, diminution graduelle de l'acuité visuelle de l'œil gauche, aboutit à l'amaurose.

Œil gauche : taie centrale de la cornée, abolition complète du réflexe lumineux, réflexe à l'accommodation nul ; amblyopie. Pupille déformée, ovalaire : pas de trace de synéchie postérieure, pas d'iritis. Atrophie complète de la papille à gauche, atrophie grise d'origine médullaire. Cécité complète.

Œil droit : signe d'Argyll-Robertson. Décoloration de la papille du côté temporal à l'image droite (commencement d'atrophie grise).

OBSERVATION XXIII

H. GRENIER DE CARDENAL. — (*Journal de Médecine de Bordeaux* 2 juillet 1905, n° 27, p. 489). — *Chute spontanée des dents et nécrose des maxillaires chez les tabétiques.*

P.... Jean, 33 ans, boulanger, entre à l'hôpital le 10 septembre 1903 pour des troubles de la vue et un affaiblis-

sement général. Trois blennorrhagie, deux chancres probablement mous ; il nie la syphilis. Marié à 26 ans, il a trois enfants bien portants.

A 30 ans, affaiblissement brusque de la vue, puis cécité de l'œil gauche et affaiblissement plus grand de la vue à droite. à 31 ans, première crise de vomissements qui dure une semaine. A 33 ans, deuxième crise de vomissements qui dure vingt et un jours, puis établissement d'une lassitude extrême.

Etat actuel le 7 novembre 1903. — P... a des nuits troublées par des rêves érotiques et des érections fréquentes. Pas d'incoordination motrice des membres supérieurs, pas de perte de position des membres. Pas de signe de Romberg. La marche n'est pas compromise, elle n'est pas hésitante, pas ataxique. L'exercice à la Fournier ne donne rien. La sensation du sol est normale. Pas de trouble des organes splanchniques. Du côté des yeux il n'existe ni ptosis ni nystagmus. A gauche, la cécité est complète. L'examen du fond de l'œil a révélé une atrophie blanche de la papille. Inégalité pupillaire : la gauche est plus dilatée que la droite. A droite, rétrécissement du champ visuel. Abolition des réflexes à la lumière, à l'accommodation et à la douleur.

Réflexe pharyngien diminué. Réflexes rotuliens faibles. Réflexes achilléens abolis.

Etat de l'intelligence. Le malade est content de son sort ; son intelligence a diminué.

Sensibilité. Pas de douleurs. La sensibilité cutanée à la piqure varie d'un jour à l'autre. Abolition des sensibilités profondes.

Etat de la bouche. — La lèvre supérieure est placée un peu en arrière de l'inférieure qui fait légèrement saillie en avant : le malade fait la moue. Les dents de la mâchoire inférieure sont couvertes de tartre : il en manque : la première molaire des deux côtés, la deuxième molaire gauche et les deux dents de sagesse.

A la mâchoire supérieure, il n'existe aucune dent. Le rebord maxillaire n'existe presque plus, la voûte palatine est presque aplatie et de niveau avec le rebord alvéolaire excepté au niveau de l'angle postérieur du maxillaire qui forme de chaque côté un mamelon dirigé en bas. Lorsqu'on passe le doigt sur le rebord, on ne retrouve plus trace d'alvéoles, mais à droite on tombe sur une anfractuosité en entonnoir, qui se termine par une fente à grand axe disposé d'avant en arrière, longue de deux centimètres environ, large de quelques millimètres seulement. Lorsqu'on introduit un stylet dans ce pertuis, il s'enfonce sur une longueur de cinq centimètres dans le massif du maxillaire supérieur. Cette exploration ne réveille aucune douleur. Le contact est parfaitement senti sur la voûte palatine et les gencives, mais la piqûre n'est pas perçue, sensibilité intacte sur la muqueuse des lèvres, des joues, de la langue. La chute des dents a eu lieu sans tuméfaction, sans douleur et sans hémorrhagie. La perforation détermine une communication entre la bouche et les fosses nasales.

OBSERVATION XXIV

GAUCHER et TOUCHARD. — (*Bulletin français de Dermatologie et Syphiligraphie*, mars 1905). — *Un cas de mal perforant buccal, presque seul signe du tabès.*

Une femme de quarante-six ans, Antoinette C..., n'ayant présenté dans son passé pathologique aucun accident qui puisse faire soupçonner la syphilis vit tomber en une semaine 14 dents, spontanément, sans aucune douleur névralgique. Cela se passait au commencement de 1903. A cette époque, dit elle, elle était en excellente santé, à

part quelques douleurs dans les jambes, qu'elle attribuait à des rhumatismes qui avaient fait leur apparition depuis près d'un an et n'étaient autre chose que des douleurs fulgurantes.

Un mois environ après cet incident, la malade était obligée d'entrer à Lariboisière pour un point de côté persistant, avec troubles respiratoires, mais bon état général. On lui déclara qu'elle était atteinte d'une pleurésie (qu'on ne ponctionne pas d'ailleurs).

Pendant son séjour à Lariboisière, on constate en outre qu'elle urinait en grande quantité, qu'elle accusait une soif constante, l'obligeant à absorber plusieurs litres d'eau par jour. Cependant pas de sucre dans les urines.

En 1903, la malade vit apparaître sur l'extrémité antérieure de la voûte palatine du côté gauche une fistule qui fut d'abord très petite, de la dimension d'une tête d'épingle, pendant un an.

Cependant depuis le commencement de janvier 1905, cette perforation augmenta rapidement et notablement de dimension, ce qui amena notre malade à venir à l'hôpital Saint-Louis.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette fistule palatine est située tout près du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche. Elle est allongée dans le sens antéro-postérieur, représentant une sorte de fissure de 1 centimètre de long sur 2 millimètres de large. Il arrive fréquemment que les liquides et même les solides peuvent refluer par cet orifice de la bouche dans les fosses nasales.

Mais ce n'est pas tout : sur tout le côté gauche de la mâchoire supérieure, toutes les dents sont tombées : le rebord alvéolaire supérieur est atrophié en masse, par résorption osseuse recouvert d'une gencive pâle et elle-même atrophiée.

La voûte du palais de ce côté est comme refoulée vers les fosses nasales, formant une sorte d'entonnoir dont l'orifice est justement représenté par la fistule osseuse.

Enfin cette atrophie du maxillaire est même visible extérieurement quand on examine la face de ce malade. On voit alors que la joue gauche et la pommette du même côté sont beaucoup moins saillantes que du côté droit. C'est tout l'os maxillaire supérieur qui est atteint de résorption osseuse.

Or, en complétant l'examen, on constate qu'on est en présence d'une tabétique. Les réflexes rotuliens sont, en effet, complètement abolis : le signe d'Argyll-Robertson existe dans toute sa netteté : il existe de plus une bande d'anesthésie à distribution radiculaire sur la face antérieure du thorax et du dos. Nous avons dit que la malade avait éprouvé à un moment des douleurs fulgurantes dans la jambe. Ajoutons qu'il y a un an, survint un ptosis intermittent de la paupière gauche et du strabisme également passager du même côté.

La malade fut même opérée à cette époque dans le but de corriger le strabisme dont la vraie cause avait été probablement méconnue. Le résultat opératoire fut, du reste, de rendre permanent un strabisme qui n'était que passager. Enfin l'incoordination motrice est si peu marquée, que la malade n'en a même pas conscience. Toutefois il est facile de la déceler dans les mouvements d'épreuve.

OBSERVATION XXV

DEVÉ. — (*Normandie Médicale*, novembre 1905).

X..., trente-cinq ans, syphilis mal soignée, ignorée du malade jusqu'en 1903.

En 1903, il perd successivement, après quelques prodromes, (engourdissement irradié dans les plis naso-géniens et à la mâchoire supérieure) trois dents, d'abord à droite,

puis sept, tombant d'une pièce (chute en râtelier), avec le rebord alvéolaire. Toutes ces dents étaient saines ; ces phénomènes furent précédés d'une légère fluxion gingivale, indolente. Puis la chute des dents de la moitié gauche du maxillaire supérieur se produisit, si bien qu'en décembre 1903, deux mois après le début, il ne restait plus de dents à la mâchoire supérieure.

Une suppuration du rebord alvéolaire persista longtemps. Quelques semaines plus tard se produisent successivement deux perforations ; la première à droite, au niveau du bord alvéolaire ulcéré, à travers laquelle les liquides refluent par le nez, avec nasonnement ; puis une seconde à gauche, avec élimination de séquestre, sans reflux de liquides par la narine correspondante.

Depuis cette époque, l'état de ce malade est stationnaire (décembre 1904).

Etat actuel. — Tabès confirmé : Romberg, Westphal, incoordination motrice, hypotonie coxo-fémorale : douleurs fulgurantes antérieures de deux ans à la chute des dents : placards cutanés hyposthésie, crises gastriques, intestinales rectales, urectales, vésicales : anesthésie testiculaire, acuité visuelle conservée. Agyl-Robertson à droite : inégalité pupillaire.

La face est asymétrique par suite d'un traumatisme ancien. La lèvre supérieure, diminuée de hauteur, disparaît sous le nez et l'inférieure tend à passer en avant d'elle : le sillon naso-génien se continue en bas avec pli contournant en arrière les commissures labiales, en s'enfonçant sous les pommettes (rictus énigmatique). Les mouvements de la mâchoire inférieure sont d'une amplitude exagérée : l'ouverture de la bouche se fait en deux temps séparés par un déclenchement, les condyles glissant avec un ressaut sur un plan incliné pré-glénoïdien.

La dentition est presque complète à la mâchoire inférieure (une seule dent manque) : elle fait totalement défaut à la mâchoire supérieure et le rebord alvéolaire a

presque complètement disparu, remplacé par une gouttière en fer à cheval. Il existe deux perforations, une à droite, circulaire, conduisant dans les fosses nasales, l'autre à gauche, conduisant dans le sinus maxillaire.

OBSERVATION XXVI

DANLOS et BLANC. — (*Société Médicale des Hôpitaux*, tome XXV, p. 11, 1908).

Journalier, quarante et un ans, eut un chancre en 1884, soigné à l'hôpital Ricord pendant quinze jours : depuis cette époque n'a jamais eu de plaques, ni de roséole, ni d'accident spécifique quelconque, malgré l'absence de tout traitement pendant une période de douze ans.

En 1885, adénopathie sous-maxillaire.

En 1897, ptosis de l'œil droit, disparaissant en huit jours par un traitement mercuriel : mais trois mois après survient un strabisme divergent qui, s'accroissant de plus en plus, malgré le traitement spécifique, est opéré par le Docteur Abadie en 1899.

En 1904, le malade fit un séjour à Saint-Louis pour un mal perforant plantaire qui nécessita l'amputation du gros orteil droit.

A son entrée, salle Bichat, en décembre 1907, les réflexes rotuliens, achilléens, crémasteriens, plantaires sont complètement abolis.

Les muscles sont atrophiés d'une façon nette depuis cinq ans ; le malade dit qu'il n'a plus de force, mais n'a pas de paralysie.

La démarche est irrégulière, caractéristique, le signe de Romberg évident. Perte du sens stéréognostique, incoordination motrice nette.

Depuis 1900, douleurs fulgurantes fréquentes.

Aux yeux, ptosis double, inégalité pupillaire. Les pupilles ne réagissent ni à la lumière, ni à l'accommodation. Pollakiurie et parfois perte des matières fécales. Impuissance depuis un an.

L'examen de la bouche révèle une absence complète de dents à la mâchoire supérieure. Le malade raconte qu'au mois de mai dernier, brusquement, sans cause et sans douleur, toutes les dents qui lui restaient, au nombre de onze, sont tombées; quelque temps après, il reconnut la présence d'un peu de pus sanguinolent sortant d'une excavation par où s'engagèrent bientôt les liquides au moment de la déglutition.

A l'examen, l'arcade dentaire inférieure a disparu dans toute son étendue par résorption: il en résulte une apparence surbaissée, aplatie, de la voûte palatine: le bord gingival se présente sous la forme d'un bourrelet en fer à cheval entourant la voûte dont la partie médiane antérieure, moins atrophiée, forme un éperon saillant.

La partie droite du bourrelet gingival est lisse, blanchâtre, d'apparence non cicatricielle dans ses deux tiers postérieurs, mais ulcérée superficiellement en avant dans une étendue de 2 centimètres environ. L'ulcération se prolonge en restant superficielle dans la gouttière gingivo-jugale et aboutit à un orifice sensiblement carré de 1 centimètre de côté, s'ouvrant dans le sinus maxillaire. La cavité que l'on aperçoit alors ne paraît pas participer à l'ulcération. Les aliments, même solides, y pénètrent pendant la mastication et reviennent souvent par le nez.

A gauche et dans la partie symétrique, le bord gingival est également exulcéré: l'ulcération remonte sur la face externe du bourrelet et dans le repli gingivo-jugal qu'elle dépasse pour se terminer sur la joue par un rebord blanchâtre en léger relief qui rappelle l'aspect de certaines plaques muqueuses très opalines.

Dans l'aire circonscrite par ce bourrelet et la gencive,

au fond du repli gingivo-jugal, se voit non pas une cavité comme à droite, mais une ulcération végétante d'aspect purulent, très ferme au toucher. En certains points, le stylet introduit arrive sur une surface osseuse, rugueuse, non dénudée.

Du même côté, l'ulcération se prolonge aussi en dedans et forme une gouttière horizontale au-dessus du bord de la voûte palatine qui, n'étant plus soutenue par l'os résorbé, peut se déplacer verticalement sous la pression d'un stylet, en donnant une sensation d'élasticité comparable à celle d'une plaque de caoutchouc.

La sensibilité dans ses divers modes : contact, douleur, température est considérablement diminuée et même abolie par place dans toute l'étendue de la voûte palatine et les joues. Elle paraît conservée sur la langue et le voile du palais.

Mal perforant du maxillaire supérieur. par LOUIS GOURC.
(Société de stomatologie, séance du 20 janvier 1908).

Ce cas ne diffère en rien d'essentiel de ceux qui ont été publiés sur le même sujet. A signaler l'apparence que présentait l'ulcération dans le sillon gingivo-jugal gauche. Au premier abord, en raison de son aspect végétant et de sa dureté, elle aurait pu en imposer pour une néplasia épithéliale, mais, outre les conditions dans lesquelles elle s'est produite, sa consistance uniforme et l'absence de toute tendance à saigner, même après un léger traumatisme, ne permettaient pas de s'arrêter à cette opinion.

Ce malade n'avait jamais soigné sérieusement sa syphilis.

OBSERVATION XXVII

DANLOS et LÉVY-FRANCKEL. — (*Soc. Médic. des Hôp.*, 1908). —
Mal perforant buccal de nature tabétique et syphilis en activité trente ans après le chancre.

Iz..., employé de commerce, quarante-huit ans.

Le malade a eu la syphilis à l'âge de dix-huit ans. La maladie débute par un chancre du gland, suivi de nombreux accidents secondaires: roséole, céphalée, alopecie. Aucun traitement à cette époque. A vingt-deux ans, plaques muqueuses buccales et ulcération linguale du bord gauche, ayant guéri sans thérapeutique. Ce n'est qu'en 1896, à l'âge de trente-six ans, que le malade s'apercevant d'une diminution considérable de l'acuité visuelle, fut traité par des piqûres de cyanure, d'huile grise et de sirop de Gibert, pour atrophie du nerf optique.

En 1898, douleurs fulgurantes des membres inférieurs et du thorax: ces douleurs étaient très vives et traversaient les membres comme des éclairs. En même temps apparut sur la cornée de l'œil droit une tache opaque qui semble avoir disparu actuellement.

En 1899, le malade s'aperçut que sa démarche devenait instable: il lui fallait faire attention s'il voulait éviter la chute. Il alla consulter un médecin qui constata l'abolition des réflexes et institua un traitement par les piqûres.

Le 23 décembre 1899, le malade entre à la maison de Nanterre: on l'y soigne par des frictions et du sirop de Gibert. Il en sortit en août 1900 pour aller à Carcassonne, son pays. C'est là qu'il perdit ses dents. En moins d'un an, il aurait perdu à la mâchoire supérieure quatorze dents, dont une seule cariée. Il semble aussi avoir éliminé des fragments de son maxillaire supérieur, car il dit avoir rendu par la bouche des morceaux d'os noirâtre. Il a eu à deux reprises des hémorrhagies buccales.

En 1902, il revint à Paris; il entra à la Charité, dans le Service de M. Oulmont. Il eut à ce moment des vertiges et d'une façon passagère, des pertes de la sensation du sol. On lui fit, à ce moment, de nombreuses piqûres d'huile grise. Le malade resta trois mois chez M. Oulmont. Il en sortit pour aller à Vincennes et rentrer à la Charité, dans le service de M. Roger. Il y reçut de nombreuses piqûres. Son séjour y fut de trois mois. La même année, il

séjourna à Cochin. Il fut traité par des piqûres quotidiennes de cyanure de mercure et par six grammes d'iodure de potassium par jour; puis chez M. Moutard-Martin, on le traita avec des pilules de nitrate d'argent. Enfin il passa dix mois chez M. Roger, salle Laennec. C'est là que débuta la gomme de la lèvre inférieure qu'il présente actuellement.

Examen du malade. — C'est aujourd'hui un homme assez amaigri, s'exprimant difficilement à cause de l'état des parois de sa cavité buccale.

Sur la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, s'ouvre une ulcération à fond jaunâtre, à bords rouges, mamelonnés et irréguliers, donnant à la palpation profonde une sensation d'induration peu douloureuse, présentant en somme les caractères d'une gomme ulcérée.

La face offre un aspect spécial qui donne l'impression que le malade présente une paralysie faciale gauche. Les plis du côté gauche sont effacés. Le nez semble dévié vers la droite, la commissure labiale est élevée du côté droit. En réalité cet aspect est dû aux lésions du massif osseux.

A l'examen de la cavité buccale, la voûte présente un aspect spécial : les gencives supérieures, avec le rebord alvéolaire et les dents, ont complètement disparu. La voûte palatine est devenue une surface plane ou même légèrement convexe, limitée de chaque côté par les deux gouttières gingivo-jugales dont la profondeur est considérablement diminuée. Au fond de la gouttière de droite se voit un orifice arrondi de 7 à 8 millimètres de diamètre; le stylet y pénètre assez profondément. Elle établit une communication entre la bouche et le sinus maxillaire supérieur. Dans sa moitié gauche, la voûte palatine présente une légère saillie et au sommet de celle-ci un pertuis conduisant sur un os dénudé. S'agit-il de mal perforant ou de gomme ancienne ? Les renseignements de malade sont

trop vagues pour permettre sur ce point une affirmation.

Le malade présente de l'atrophie du nerf optique depuis 1896. De l'œil gauche, il distingue très peu les objets et mal les couleurs. La vision est un peu plus complète de l'œil droit. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll-Robertson. Le réflexe rotulien est conservé du côté gauche, complètement aboli du côté droit. Babinski, plutôt en extension.

Sensibilité. Pas de troubles; hyperesthésie plantaire. Sens musculaire conservé. Pas de signe de Romberg. La démarche est régulière, nullement ataxique.

Appareil respiratoire. Le malade tousse depuis un an et demi. Matité à droite en avant. Expiration prolongée et soufflante. Gargouillement à la toux. Bacilles de Koch dans les crachats.

Altérations osseuses notées sur la pièce prélevée à l'autopsie du malade de l'Observation de DANLOS et LÉVY-FRANKEL, par le Dr Paillard. (In Thèse Béal, p. 24).

Maxillaire supérieur — Il est intact dans sa moitié supérieure; la branche montante, le rebord orbitaire sont normaux.

A sa face inférieure un orifice largement béant correspond au siège de la perforation constatée du vivant du malade et conduit directement dans le sinus maxillaire. Cet orifice est un peu allongé dans le sens antéro-postérieur (0,02 centim.), mais étendu dans le sens transversal (0,008 à 0,025 mm., suivant les points). A ce niveau, l'os est aminci, fragile, le rebord est net et tranchant, finement dentelé par places. Il est probable qu'à ce niveau existait un processus d'ostéite lentement nécrosante, à marche régulièrement excentrique.

L'apophyse horizontale du maxillaire est réduite à une mince lamelle à légère convexité supérieure, lamelle de 0,02 centim. et demi de longueur environ, de 0,015 milli-

mètres de largeur, lamelle enchâssée dans la muqueuse entièrement dense et conjonctive à ce niveau. En somme, le squelette de la voûte palatine est presque complètement détruit du côté droit.

A la face externe du maxillaire, on voit sur la pièce préparée un orifice béant mais agrandi, par une fracture de la grande aile du sphénoïde, produite au cours de la manipulation.

Palatin. Toute la partie verticale du palatin persiste, limitant en haut le trou palatin, se joignant imparfaitement en arrière aux apophyses ptérygoïdes, présentant en avant un bord libre et tranchant qui limite directement en arrière l'orifice, comme on le voit, très élargi de l'autre d'Highmore.

Cornet inférieur. Sur la pièce fraîche, le repli existait nettement, normalement, mais était très flasque, semblait presque uniquement constitué par la muqueuse. De fait, celle-ci, une fois enlevée, non sans de multiples précautions, on vit le cornet inférieur sous la forme d'une mince et étroite lamelle, insérée à angle dièdre sur la partie inférieure de la face interne du maxillaire, limitant par conséquent en bas l'autre d'Highmore.

Ethmoïde. A peu près intact. Les masses latérales ne sont ni usées, ni déformées; les cornets semblent un peu fragiles, fenêtrés, mais persistent entièrement.

Unguis. Très mince et découpé en dentelle, tandis qu'en avant de lui, la branche montante du maxillaire est résistante.

Sphénoïde. Mince, mais peu altéré. Les apophyses ptérygoïdes étaient cependant plus ou moins réduites en bouillie dans la moitié inférieure.

En résumé: fragilité, fenestration, destruction étendue de toute la partie inférieure et interne du maxillaire supérieur.

Destruction de la voûte palatine osseuse.

Destruction du cornet inférieur, de l'apophyse horizontale du palatin et de la moitié inférieure de l'apophyse ptérygoïde.

OBSERVATION XXVIII

BÉAL. — *Observation due à l'obligeance de MM. Roubinovitch et Paillard.*

T... Joseph, quarante-huit ans, chapelier, né à Thionville. Entre dans le service de M. le Dr Roubinovitch le 11 février 1909, atteint de paralysie générale au début, avec tabès.

Dans les antécédents de ce malade nous relevons une syphilis à l'âge de dix-huit ans, non traitée et n'ayant pas présenté d'accidents secondaires.

Marié depuis dix-neuf ans, sa femme a eu sept enfants; il reste une seule petite fille de quatorze ans, le premier enfant; les autres sont morts en très bas âge, quelquefois morts-nés. Les premiers accidents relevés chez ce malade remontent à douze ans. Il souffrait surtout de l'estomac: grandes crises douloureuses durant une huitaine de jours, abondants vomissements noirs, jamais rouges. Ces crises espacées d'abord de mois en mois, devinrent de plus en plus fréquentes et depuis six ans elles étaient presque permanentes, espacées seulement par deux ou trois jours d'intervalle. Son médecin le soignait par la diète, glace et champagne. Depuis trois mois il ne souffrait plus aucunement de l'estomac et mangeait de tout.

Un mois avant son entrée à Bicêtre, la famille s'aperçoit qu'il commence à avoir des idées bizarres, « il est riche..., à des millions, il est roi, il parle de Fallières » : exhibitionnisme; incontinence d'urines et des matières. Depuis longtemps déjà, il présentait une démarche hésitante « comme s'il avait bu », la nuit il ne pouvait pas marcher dans la chambre obscure et tombait.

Examen du malade. — Signe de Romberg très net. Dé-

marche pas très ataxique; elle est hésitante, incertaine. Le malade se soutient aux objets environnants et ne talonne pas. Les réflexes rotuliens sont abolis, les réflexes achilléens persistent. Réflexes plantaire en flexion; ataxie peu marquée. Pas de zone d'anesthésie, mais peut-être un peu de retard de la perception. Analgésie testiculaire. Le sens musculaire est à peu près conservé : le malade, les yeux fermés, apprécie des différences de poids en soulevant les objets. Hypotonie musculaire : on peut facilement produire une flexion exagérée de la cuisse sur le tronc et le malade peut porter facilement le pied à son visage.

Double mal perforant plantaire au début, occupant le talon antérieur, à droite en regard du deuxième orteil, à gauche en regard du troisième: mal perforant buccal : atrophie manifeste de la partie inférieure du maxillaire supérieur : chute des dents : seule une grosse molaire persiste à gauche. Le rebord alvéolaire est effondré à droite et sa disparition est d'autant plus évidente qu'il persiste assez nettement à gauche. A droite également existe une ulcération peu suintante, en regard du siège ordinaire de la deuxième prémolaire et des premières grosses molaires. Affaiblissement des facultés intellectuelles avec euphorie, idées de satisfaction. Accrocs de la parole aux mots d'épreuve, pupilles inégales et inertes à la lumière. Tremblement des mains et de la langue.

OBSERVATION XXIX

Mal perforant buccal et paralysie générale : J. CHOMPRET et G. IZARD, dentistes des Hôpitaux, et A. LECLERCQ, Moniteur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine. — (Revue de Stomatologie, août 1913, p. 348-359 et 395-402).

M. R., 39 ans, tapissier, se présente le 7 janvier 1913 à

la consultation de M. Chompret, pour examen, envoyé par le Dr Rodier.

Nous relevons, dans ses antécédents héréditaires, que son père est mort à 36 ans de la tuberculose; sa mère, âgée de 65 ans, est bien portante. Rien dans ses antécédents collatéraux. Lui-même s'est toujours bien porté. Il nie la syphilis de façon absolue, et l'interrogatoire n'en fait pas découvrir la moindre manifestation; il n'a d'ailleurs suivi aucun traitement spécifique.

Blennorrhagie à 3 reprises différentes, dont une avec un écoulement insignifiant.

Comme troubles généraux, M. F... se plaint seulement d'avoir quelques vertiges légers, qui ne le gênent pas pour son travail; céphalée, il y a quelques mois, ayant les caractères des douleurs ostéocopes. Il n'accuse aucun trouble digestif, aucun trouble de la démarche: il peut travailler sur une échelle une grande partie de la journée pour exercer son métier de tapissier..

Son histoire dentaire est intéressante. Jusqu'à ces dernières années, il a peu souffert des dents: il y a 7 ans, extraction au davier de deux dents cariées, atteintes d'arthrite douloureuse, opération pénible, suivie d'une hémorrhagie légère. A ce moment donc, il n'y a encore aucun symptôme de l'affection pour laquelle il vient nous consulter.

Celle-ci a débuté il y a 3 ans: jusqu'en juin dernier, en 2 ans et demi par conséquent, sept dents du maxillaire supérieur ont été cueillies par le malade, à des intervalles éloignés, sans phénomènes douloureux prémonitoires: ces dents devenaient mobiles, amenant ainsi une gêne de la mastication, et, quelques jours après, elles étaient cueillies par le malade avec facilité: hémorrhagie consécutive nulle ou insignifiante. A aucun moment ne s'est produit de nasonnement ni de rejet de liquide par les fosses nasales.

En août 1912 est posé un appareil de prothèse; on

constate à cette époque une résorption considérable des procès alvéolaires dans les régions molaires, mais les lésions sont parfaitement cicatrisées. L'appareil de prothèse casse en arrière des incisives supérieures droites et, à ce niveau, survient en octobre une ulcération indolente de la région palatine, exactement en arrière des incisives désignées.

Le 1er janvier 1913 se produit une fluxion au niveau de la fosse canine droite, s'accompagnant de fièvre légère; les incisives centrale et latérale droite supérieures deviennent mobiles.

Notre premier examen pratiqué le 7 janvier nous donne les résultats suivants: rien à la face ni au cou, sauf quelques ganglions sous-maxillaires à droite, roulant sous le doigt, indolents. Pas de trismus ni de paralysie faciale.

Dans l'examen de la bouche, éliminons le maxillaire inférieur qui est normal: aucune lésion dentaire: sensibilité normale en tous les points. Au maxillaire supérieur, le vestibule est libre dans toutes les parties et d'aspect sain: mais à la palpation nous constatons l'existence d'un séquestre assez étendu, allant de l'incisive centrale gauche à la canine droite, remontant en haut jusqu'à la région apicale des incisives: on le mobilise lorsqu'on déplace les incisives vers le vestibule.

Du côté de la voûte palatine, dans la région incisive droite, existe une ulcération atone, non douloureuse, insensible au contact et à la piqûre. La muqueuse a été détruite assez profondément vers la profondeur, laissant voir la cloison interalvéolaire. La voûte palatine dans son ensemble est hypoesthésique.

L'examen des arcades dentaires nous montre de chaque côté, dans la région molaire, une résorption considérable, si bien que la crête alvéolaire fait une saillie peu marquée de chaque côté de la voûte palatine. Fait important: Cette région résorbée présente une hyperthésie très marquée au contact et une analgésie absolue à la piqûre.

La radiographie montre une raréfaction osseuse marquée.

Au 7 janvier, l'état des dents est le suivant : il reste au maxillaire supérieur 7 dents. La dent de sagesse supérieure droite, solidement implantée, est vivante. Les incisives centrales et latérales droite supérieures se déplacent en masse, avec le séquestre; celui-ci paraît encore assez épais, puisqu'on ne peut pas mobiliser séparément les deux incisives. Absence de réactions thermiques aussi bien au froid qu'au chaud. Du côté de l'ulcération palatine destruction complète du ligament jusqu'à l'apex, mais pas de pyorrhée, et partout ailleurs le ligament circulaire existe et paraît normal.

Les incisives gauches, ainsi que la canine et la prémolaire droites sont, à cette date, normales : pas de mobilité, réactions thermiques normales, pas de lésions ligamentaires apparentes.

En présence de ces troubles trophiques, nous avons pratiqué l'examen du système nerveux général et local : nous en reparlerons plus loin. Nous avons également demandé à M. Gastou de pratiquer la réaction de Wassermann : elle fut franchement positive et le traitement par le 606 fut aussitôt institué.

Cependant, les lésions dont nous avons constaté le début, marchaient rapidement.

Le 14 janvier, le malade présente une fluxion non douloureuse correspondant à la région canine et prémolaire droite supérieure. Ces dents deviennent mobiles et se déplacent en masse vers le vestibule. Elles réagissent encore au chaud, mais plus au froid (chlorure d'éthyle). Quant aux incisives centrales et latérales droite, leur mobilité a augmenté; on peut les déplacer de 3 mm. vers le vestibule, de 1 mm. du côté lingual et séparément. C'est qu'en effet le séquestre a littéralement fondu, diminuant de moitié en longueur et en épaisseur : aucune réaction thermique. Les incisives centrale et latérale gauches ont conservé leurs caractères normaux.

Le 17 janvier, persistance de l'état fluxionnaire non douloureux, mais diminué. Les incisives droites sont devenues si mobiles qu'elles peuvent subir autour de leur apex une version de 45° vers le vestibule et être enfoncées vers le fond de l'alvéole de 2 mm. La lamelle osseuse vestibulaire est papyracée mais toujours recouverte de sa muqueuse d'aspect normal et franchement adhérent au collet des dents. — La canine et la prémolaire droite se déplacent en masse vers le vestibule de plusieurs millimètres; la canine n'a plus de réaction thermique au froid, son ligament est détruit du côté lingual au niveau de l'ulcération palatine, dans toute sa hauteur, mais existe ailleurs; la prémolaire présente les mêmes symptômes moins accusés.

Le 25 janvier, les incisives, la canine et la prémolaire droite ne sont plus soutenues que par les parties molles. Aucune réaction thermique. On enlève un séquestre, véritable cornet alvéolaire recouvrant les apex des incisives droites, cornet bialvéolaire, dont il manque la parti vestibulaire. L'os est en grande partie résorbé, atteint d'ostéoparose, percé comme une écumoire.

Le 26 janvier, le malade perd au cours d'un repas sa canine et sa prémolaire droite, sans hémorrhagie ni douleur. Notons que ces dents sont devenues mobiles 14 jours après les incisives et tombent avant, en 12 jours.

Le 27 janvier, M. Rodier, à l'Ecole de Stomatologie, prélève pour l'examen histologique à la fois les dents (incisives droites), la cloison interalvéolaire et la muqueuse gingivale correspondante, hémorrhagie insignifiante. En même temps, ablation du cornet alvéolaire correspondant à la canine et à la prémolaire droite, présentant les mêmes caractères que le premier.

Le 1er février, l'examen montre que la cicatrisation se fait rapidement sans réaction inflammatoire. Les incisives paraissent solidement implantées; tout au plus la centrale présente un peu de mobilité. Réactions thermiques normales.

Le 8 février, l'incisive centrale gauche se mobilise de 2 mm. vers le vestibule; il y a un séquestre formé, mais encore adhérent aux tissus mous; l'incisive latérale est très légèrement mobile. Les réactions thermiques de ces deux dents sont disparu.

Le 9 février, le malade cueille l'incisive centrale gauche sans aucune difficulté, sans douleur; hémorragie insignifiante. Il s'est écoulé 8 jours seulement entre le début de l'ébranlement et la chute de la dent. Aucune suppuration consécutive.

Le 11 février, chute de l'incisive latérale qui commençait seulement à être mobile le 8 février.

Le 12 février, on enlève 2 esquilles vestibulaires enchâssées dans la muqueuse. Du côté lingual existe un séquestre bialvéolaire non mobile. Pas de douleur.

Le 25 février, état stationnaire, cicatrisation rapide; le séquestre ne se mobilise pas.

Le 4 mars, le malade enlève lui-même le cornet osseux bialvéolaire des incisives gauches.

De telles lésions imposaient le diagnostic de mal perforant buccal. Aussi, avons-nous examiné avec soin le système nerveux local et général. Voici ce que des examens répétés nous ont permis de découvrir :

Pas de troubles marqués de la mobilité générale: pas de paralysie, pas d'ataxie, pas de Romberg ni d'incoordination motrice. La langue présente quelques tremblements fibrillaires, pas de mouvement de trombone.

Pas de troubles de la sensibilité générale: en particulier pas de crises gastriques ni de douleurs fulgurantes. Localement, nous avons déjà noté les troubles de sensibilité buccale et nous y insistons sans les décrire à nouveau.

Les réflexes tendineux sont normaux et même le rotulien est exagéré. Les réflexes cutanés sont diminués ou absents; pas de phénomène des orteils, ni trépidation épileptoïde. Réflexe nauséux normal.

Pas de troubles circulatoires ni sécrétoires.

L'examen des yeux (Dr Cantonnet) nous a montré l'existence du signe d'Argyll, de la déformation et de l'inégalité pupillaire; pas de lésion du nerf optique.

Enfin, une diminution lente et progressive des facultés intellectuelles chez notre malade et des troubles mentaux légers mais évidents, nous ont fait éliminer le diagnostic du tabès pour nous arrêter à celui de paralysie générale au début.

Car tous les phénomènes relatés plus haut, troubles intellectuels et mentaux, signe d'Argyll, inégalité pupillaire, exagération des réflexes rotuliens, anesthésie et troubles trophiques dans la zone du trijumeau, nous font penser à un processus de méningo-encéphalite diffuse, que l'évolution ultérieure viendra sans doute confirmer.

Nous attirons particulièrement l'attention sur les symptômes suivants : pas de pyorrhée alvéolaire ; troubles anesthésiques de la région alvéolaire ; absence de douleur pendant la période évolutive. Il n'y a pas encore de perforation. L'affection, sous l'influence du traumatisme provoqué par l'appareil, a évolué rapidement et il est à noter que la chute des dents, lente pour les premières (25 jours), se produisit de plus en plus rapidement, en 3 jours, pour les dernières. Cette élimination dentaire s'accompagne de production de séquestres, sur lesquels nous allons revenir dans un instant.

Etude anatomo-pathologique. — Un premier point important à noter chez notre malade est l'existence de séquestres. Il en a éliminé deux assez importants, le premier correspondant aux cornets alvéolaires coiffant les apex des incisives droites, le second, moins volumineux, répondant aux cornets alvéolaires des incisives gauches.

Nous avons, dans une étude précédente (*Revue de stomatologie*, décembre 1911: *mal perforant buccal chez un tabétique, à forme résorbante; forme clinique et traitement du mal perforant; observations*), dans l'évolution anatomo-clinique du mal perforant distingué deux for-

mes : résorbante et nécrosante. Ici, nous avons l'association des deux formes qui se sont succédées dans deux périodes bien distinctes. Une première a duré 3 ans, caractérisée par une résorption alvéolaire lente et progressive avec chute des dents, à intervalles espacés; c'est la forme résorbante. Puis, brusquement, à la suite du traumatisme déjà signalé, les lésions ont pris une marche rapide; en quelques jours, des dents solidement implantées, sont tombées et des séquestres se sont éliminés : forme nécrosante.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces deux formes ne s'excluent pas l'une l'autre. Le processus initial est le même : raréfaction osseuse et décalcification ; la rapidité du processus fera la distinction des formes : à évolution lente correspondra la forme résorbante ; à évolution rapide la forme nécrosante; le tissu osseux non soutenu s'éliminera. Mais ce séquestre n'a pas l'aspect de ceux que nous avons l'habitude de voir dans les nécroses des mâchoires : il est résorbé en grande partie, aminci, poreux. C'est ainsi que nous avons assisté à la fonte de la paroi osseuse vestibulaire au niveau des incisives centrale et latérale droite supérieure: il est réduit dans sa longueur, sa largeur et son épaisseur avant d'être éliminé.

Examen histologique. par M. Leclercq : c'est le premier fait, jusqu'à présent, d'un mal perforant buccal. La pièce examinée comprend les deux incisives supérieures centrale et latérale droite. En avant des racines se trouve la gencive doublée par les insertions de myrtiforme. En arrière, ces racines sont dénudées et libres jusqu'à l'apex, par suite de la perte de substance dont nous avons décrit plus haut l'importance et l'étendue. Une coupe de la pièce passant par le tiers supérieur des racines montre ceci: Le tissu qui tapisse la partie antérieure de ces racines est essentiellement formé par des bandes de tissu conjonctif disposé en réseau et enfermant dans ses mailles un

stroma plus lâche, fortement infiltré d'éléments lymphoplasmatiques. Le stroma renferme en outre de nombreux vaisseaux : capillaires embryonnaires, veinules et surtout artérioles de petit et moyen calibre dont la tunique moyenne présente un développement excessif. L'infiltration lymphoplasmatique est constituée par de nombreux lymphocytes et plamazellen qu'il est de règle d'observer dans toutes les infections buccales chroniques. Elle diminue d'intensité de la périphérie vers la profondeur et se trouve réduite au minimum au niveau du ligament. Celui-ci est cependant très altéré et le tissu fibreux qui le constitue normalement, a fait place à un tissu fibreux conjonctif jeune, distendu par l'œdème et parcouru par des vaisseaux de néoformation. Entre le tissu fibreux infiltré de plamazellen et le ligament ainsi modifié, nulle trace d'alvéole ; seuls quelques gros plasmodes multinuclées se rencontrent çà et là, derniers vestiges de la résorption alvéolaire. Les parties du ligament qui avoisinent l'ulcération présentent les mêmes lésions à un degré plus avancé. Elles sont, en outre, infiltrées par de nombreux polynucléaires, pycnotiques. Les racines des incisives et plus particulièrement celle de l'incisive centrale participent à la résorption osseuse générale de la région. Nous pouvons donc conclure aux lésions : sclérose, infiltration lymphoplasmatique, vascularite, ostéite raréfiante, résorption radiculaire. Ces divers modes de réactions tissulaires peuvent se rencontrer également dans toutes les réactions inflammatoires chroniques de la bouche et ne nous permettent pas d'affirmer la spécificité syphilitique.

CONCLUSIONS

Le mal perforant buccal est un trouble trophique du tabès.

Il est l'aboutissant d'une série de lésions dont les étapes sont : la chute spontanée des dents, la résorption des rebords alvéolaires du maxillaire supérieur.

C'est une lésion très rare dans son tableau symptomatique complet.

Il se distingue aisément de toute lésion analogue, par son siège, son évolution, son indolence.

Les lésions nerveuses des noyaux du trijumeau, l'association très fréquente de lésions anatomiques tabétiques des noyaux des nerfs mixtes, la concomitance à peu près constante de troubles de la sensibilité générale et spéciale dans la sphère des nerfs trijumeaux et glosso-pharyngien par exemple, la prédominance souvent marquée des troubles de la vision, de l'olfaction, du goût, par rapport aux troubles des viscères et des membres inférieurs, permettent de dire que le mal perforant buccal fait partie du syndrome : tabès supérieur.

Vu :

Le Président de Thèse,

P. MÉNÉTRIER.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDET. — Thèse Paris 1898. — *Du mal perforant buccal.* (Union médicale, 8 novembre 1894. *Mal perforant buccal.* — Archives générales de Médecine, janvier 1895, p. 62. *La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal.*
- BÉAL (Louis). — Thèse, Paris 1912. — *Contribution à l'étude du mal perforant buccal.*
- BARRE. — *Les ostéo-arthropathies du tabès.* Thèse de Paris 1912.
- BLATTER et FOURNIER (H.-Ch.). — *Un cas de mal perforant buccal.* — Odontologie, 28 février 1905, p. 213.
- BONNIEUX. — Thèse, Paris 1882-1883. — *De la chute des ongles, de la chute des dents, et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et dans le diabète.*
- CARRIÈRE. — Thèse, Paris 1892. — *Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine.*
- CAPDEPONT et RODIER. — *Sur un cas de mal perforant buccal.* Revue de Stomatologie, 1903, p. 232 ; Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1903, p. 420-431. — *Mal perforant buccal chez une femme ataxique.* (Revue de Stomatologie, 1903, p. 566.)
- CHALIER. — (Lyon Médical 1908, p. 1154). — *Forme trophique du tabès : résorption du maxillaire supérieur.*

CHOMPRET. — *Mal perforant buccal ou nécroses multiples du maxillaire supérieur chez un tabétique.* — (Revue de Stomatologie, décembre 1903, p. 375 ; Archives générales de Médecine, 1^{er} décembre 1903, p. 3009).

CHOMPRET, IZARD et A. LECLERCQ. — (Revue de Stomatologie, août 1913, p. 348-359 et 395-402).

COMPAIRET. — *Un cas de mal perforant buccal.* — (Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie, rhinologie, XXI, p. 417-423, 1900, 14 avril).

CONSTANT (T.-E.). — *The Causation of dental decay.* (Med. officer, London, 1916, XVI, 313).

DU CASTEL. — (Société de dermatologie et de syphiligraphie, 9 mai 1895 (in Revue). — *Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabès.*

DANLOS et BLANC. — *Mal perforant buccal.* — (Société Médicale des Hôpitaux, tome XXV, 1908, p. 11).

DANLOS et LÉVY-FRANCKEL. — *Mal perforant buccal et syphilis en activité, 30 ans après le chancre.* — (Société Médicale des Hôpitaux, tome XXV, p. 763).

DEVÉ. — (Normandie Médicale, novembre 1905).

DOLBEAU. — *Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire.* — (Bull. Soc. Chirurgie., Paris, 1869, T. X p. 210).

A. DUBREUIL. — *Atrophie des maxillaires supérieurs.* — (Bulletin Soc. Chirurgie., novembre 1871 ; Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Montpellier, 18 juillet 1885, p. 337).

Emile DEMANGE. — *Ataxie locomotrice progressive ; Chute spontanée des dents ; Crises gastriques et laryngée ; Mort. Autopsie ; Examen histologique, 1879. — Ataxie locomotrice progressive ; Chute spontanée des dents ; Anesthésie et névralgie faciale. Mort. Autopsie. Examen histologique, 1881.* — (Journal des Connaissances Médicales, 1882).

Professeur FOURNIER. — *Période préataxique du tabès (Chute des Dents),* Paris 1885.

- FOURNIER (Paul-Emile). — *Les arthropathies alvéolo-dentaires au cours de l'ataxie locomotrice*. — (Thèse de Lyon, décembre 1898).
- GALIPPE. — *Chute des dents et perforation palatine chez un ataxique*. — (Journal des Connaissances Médicales, mai 1894, p. 137 et p. 337). — *Note sur le mal perforant buccal*. — (Revue de Stomatologie, 1903, p. 467).
- GOWERS. — *Cas de mal perforant buccal*. — (Manual of diseases of the nervous system, 2 th American Edition, T. 411).
- GAUCHER et DOBROVICI. — *Un cas où le mal buccal apparaît avant toute autre manifestation tabétique*. (Gazette des Hôpitaux, septembre 1905).
- GOURC LOUIS. — *Mal perforant du maxillaire supérieur*. (Revue de Stomatologie, mars 1908, p. 125).
- GUILLAIN. — *Tabès avec atrophie des maxillaires supérieurs*. (Bulletin Soc. médic. des Hôpitaux, 23 mars 1901).
- H. GRENIER DE CARDENAL. — *Chute spontanée des dents et nécrose des maxillaires chez les tabétiques*. (Journal de médecine de Bordeaux, 25 juin 1905, n° 26, p. 470-473, et n° 27, 2 juillet 1905, p. 489).
- GUÉRARD. — *Contribution à l'étude des altérations dentaires dans la paralysie générale*. (Thèse Bordeaux 1903-1904).
- GAUCHIER et TOUCHARD. — *Un cas de mal perforant buccal, presque seul signe de tabès*. (Bulletin français de Dermathologie et Syphiligraphie, mars 1905).
- HUDELO. — *Ulcère de la bouche, d'origine tabétique; mal perforant buccal*. (Annales de Dermatologie, 18 mai 1893).
- HAY-MARGAUDIÈRE. — (Thèse de Paris, 1883. — *Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice*).
- RENÉ HENRY. — (Thèse de Paris 1904-1905, n° 529). — *Etude sur le mal perforant buccal tabétique*, 176 pages.
- IZARD. — *Mal perforant buccal chez un tabétique à forme résorbante. Formes cliniques et traitement*. (Soc. de stomatologie (in Revue), décembre 1911).

- KLIPPEL. — *Troubles de l'odorat, du goût dans le tabès.* (Archives de Neurologie, avril 1897, volume III, n° 16, p. 257-281).
- KALISCHER SIEGFRIED. — (Deutsch Med. Wochensch., Leipzig und Berlin, 1905, XXI, p. 304-306). — *Un cas de tabès dorsal avec nécrose du maxillaire.*
- LÉON LABBÉ. — *Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires.* (Bull. Soc. Chirurgie, Paris 1868, T. IX).
- LAFONTAINE (D.-J.-M.). — *De la chute spontanée des dents dans le tabès.* (Thèse de Bordeaux, 1895-96, n° 104).
- LEGRAIN et PIETKIEWICZ. — *Troubles trophiques dans la sphère du trijumeau chez un tabétique.* (Revue de Stomatologie, mai 1913).
- LETULLE. — *Mal perforant buccal dans le tabès.* (Bulletin Soc. Médic. des Hôpitaux. Paris 1894, 26 juillet, p. 557). Journal des Connaissances Médicales, 10 octobre 1894, p. 338).
- MANHOA. — (Thèse de Montpellier, 1885). — *Quelques considérations sur l'atrophie du maxillaire supérieur dans l'ataxie locomotrice.*
- A MARIE et B.-W. PIETKIEWICZ. — *Essais d'études des troubles trophiques bucco-dentaires dans la paralysie générale.* (Revue de stomatologie, 1912, février, p. 64).
- MARANDON DE MONTYEL. — *Mal perforant buccal chez un paralytique général.* (Revue de Médecine, 1904, p. 515).
- MIGNON. — *Mal perforant buccal.* (Bulletin Soc. Anatom. Paris, avril, mai 1898, Fasc. 9, p. 308).
- MILLIOLI. — *Etude sur le tabès.* (Milan 1890).
- PIERRE MARIE. — *Maux perforants buccaux chez deux tabétiques, dus au port d'un dentier.* (Revue neurologique, 31 mai 1905, n° 10 ; Pratique neurologique, p. 924-977).
- MOREL et RISAL. — (In thèse Santi).
- NEWMARK (L.). — (Med. New, Philadelphie, 26 janvier 1895, XVI, p. 88-92). — *Trophic lesions of the jaws in tabes dorsalis.*
- PAILLARD et BÉAL. — *Le mal perforant buccal.* (La Clinique, T. VII, n° 40, 8 octobre 1912).

- PIERRET. — *Essai sur les symptômes céphaliques du tabès.* (Thèse, Paris 1876).
- POTEAU. — *Nécrose étendue du maxillaire inférieur, d'origine tabétique.* (Odontologie, mai 1906).
- PACETTI. — *Lésions de quelques nerfs cérébraux dans le tabès. Autopsie d'un tabétique ayant présenté la chute des dents.* (Congrès de Rome, 29 mars, 25 avril 1894. Vol. IV. (Turin 1895), p. 121-125).
- ROBIN (Pierre). — *Odonptose tabétique, ou chute des dents consécutive à l'arthropathie alvéolo-dentaire compliquée d'infection dans le tabès.* (Revue de stomatologie, janvier 1904, p. 21).
- RAYMOND. — *Forme trophique du tabès.* (Journal des praticiens, 1909, 31 juillet).
- RISPAL et BAUBY. — *Tabès trophique.* (Toulouse Médical, 15 mars et 1^{er} avril 1902).
- RASIN HEINRICH. — (Deutsch Zeitschrift für Nerven. Krankheiten, Leipzig 1891, I, 532. — *Zur Lehre von den trophischen Kieferer Krankheiten bei tabes.*
- SABRAZÈS et FAUQUET. — *Une complication du tabès non encore signalée.* (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1900, p. 253).
- G. SANTY. — (Thèse de Toulouse 1896-97). — *Contribution à l'étude de la chute spontanée des dents et du mal perforant buccal dans le tabès.*
- VALLIN. — *Des altérations trophiques des mâchoires dans l'ataxie locomotrice.* (Soc. méd. des Hôp. 16 juillet 1879. et Gazette des Hôp. 1879, p. 646).
- WEISSBERG (Mlle). — (Thèse de Genève, 1898). — *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans le tabès. (Cœur tabétique, chute spontanée des dents).*
- LOUIS WICKHAM. — *Ulcérations buccales tabétiques.* (Annales de dermatologie, janvier 1894, p. 44).
- ZANDY. — (Thèse de Bonn, 1896). — *Mal perforant buccal.* (Gazette hebdomadaire de Médecine, 1908, p. 1204).

