

## Kératite ulcéreuse non exsudative persistante et anomalie dentaire correspondante

par J. BASSET

---

Les physiologistes ont dès longtemps précisé les relations qu'entretiennent les branches du trijumeau, et l'on sait qu'une excitation de tel des territoires innervés peut, par action réflexe, retentir sur tel autre territoire. L'autoobservation qui va suivre en est une pertinente preuve.

Depuis environ huit mois je souffrais de l'œil droit : vive sensation de brûlure ou de corps étranger localisée vers la partie supérieure, congestion de la conjonctive, photophobie, larmolement. Pas d'exsudat d'aucune sorte. Cette douleur, que ravivait chacun des mouvements de la paupière, semblant s'accroître, j'allai à Angoulême consulter un oculiste, le D<sup>r</sup> ROZET.

M. ROZET reconnaît, au niveau du limbe, une ulcération dite « en coup d'ongle », prescrit un traitement local : éphédrine, solufontamide, bleu de méthylène — puis, en fin de consultation, interroge : « Pas d'incident auriculaire ou dentaire ? » Pris au dépourvu, je réponds par la négative.

Après quatre jours de traitement (1) la conjonctive était moins rouge, mais la sensibilité cornéenne persistait (accrue lors de l'instillation de la solufontamide) et l'éphédrine, malgré la dose infinitésimale, n'allait pas sans quelque peu troubler un organisme vagotonique. La perspective de renoncer à toute thérapeutique et de voir s'étendre l'ulcère était assez angoissante, car j'avais appris du spécialiste que l'autre œil, loin d'être intact comme je le croyais, était atteint de « rétinite sénile », de capillarose maculaire, perdu pour le travail — ce dont je pus trop aisément me convaincre (2).

---

(1) *Pro die*, deux fois 1 goutte : de chlorhydrate d'éphédrine à 3 %, de solufontamide à 0 g. 33 par 1 cc. ; bleu de méthylène (pommade) un grain.

(2) Ces hémorragies rétiniennes furent certainement déterminées par la grippe infectieuse subie au début de l'année ; grippe catarrhale intense, avec intolérance gastrique et asthénie profonde. Alors, en effet, se manifestèrent brusquement des troubles importants de la vision, accompagnés de vertiges — dont je n'avais pas soupçonné le mécanisme. A cette époque commença de s'éveiller l'anomalie dentaire dont il va être question — et bientôt apparut la kératite.

Me remémorant alors l'interrogatoire *in fine* de l'oculiste, je me souvins que je portais à la mâchoire supérieure, de ce même côté droit, une anomalie soupçonnée à Lyon voilà une douzaine d'années lors d'une tentative de prothèse, localisée par la radiographie vers la région médiane de la gencive, qualifiée là-bas « kyste dentaire », et que n'en souffrant pas j'avais négligé de faire opérer. Informé tout aussitôt, le D<sup>r</sup> ROZET prononce *la nécessité d'une intervention chirurgicale*. Renaissant à l'espoir, je prends les dispositions qui s'imposent.

Invisible et comme inexistante au cours de longues années, l'anomalie, depuis plusieurs mois, s'était modifiée. En elle s'éveillait une sensibilité légère, mais suffisante pour borner la mastication au côté opposé ; bientôt apparaissait à son niveau la face antérieure d'une couronne dont le bord libre ne dépassait pas la gencive. La radiographie (D<sup>r</sup> Roux) montrait une dent oblique avoisinant, par sa couronne, la place anciennement occupée par l'incisive médiane, et dont l'extrémité radiculaire, mal distincte, allait se perdre dans le maxillaire au niveau de l'ancienne canine.

Muni de ces renseignements le D<sup>r</sup> LAGRANGE (d'Angoulême), spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, procède à l'examen clinique : lésion assez bien localisée, pas de complication vers les sinus ou les cavités nasales. Opération à huitaine.

Vers la fin de ce délai, la région gingivale antérieure s'était enflammée avec, pendant la nuit, fièvre et sudation ; aussi avais-je hâte de me coucher sur la table. La kératite, dont le traitement se trouvait alors interrompu depuis une semaine, était, à en juger par la douleur, à peu près ce qu'elle était avant le traitement.

L'opération, pratiquée sous anesthésie régionale à la novocaïne (infiltration tronculaire, injections intramuqueuses en couronne), aboutit à l'extraction d'une dent très anormale. Longue de 20 mm., large de 8, aplatie sur ses faces latérales, elle est nécrosée (nécrose aseptique) dans toute sa masse, rongée, en tous sens creusée de cavités communicantes, résorbée donc en partie sous l'action des bourgeons charnus réactionnels. Son extrémité radiculaire, informe, largement ouverte, était soudée, fusionnée avec le maxillaire.

Quelle est la nature de cette anomalie ?

S'agirait-il d'un kyste dentifère, tumeur bénigne, embryomé résultant d'une inclusion folliculaire ? C'est bien peu probable

En cette hypothèse la dent, au lieu d'être simplement déviée, eut été désorientée, incluse dans une cavité à la paroi plus complète, mieux délimitée.

Il s'agit plutôt d'une dent à racine « barrée » soudée, congénitalement, au maxillaire et qui, pendant soixante-quinze années, maintint ainsi l'organe au sein de la mâchoire. Si je n'ai gardé souvenir de leur comportement au cours de mon enfance, il me souvient que la canine droite — qui ne dura pas moins que les dents de remplacement et que je considérais comme telle — était atrophiée, de couronne petite et courte tellement que la canine inférieure, ne rencontrant pas d'opposition, s'était anormalement allongée. Cette canine atrophiée appartenait sans doute à la première dentition ; la dent extraite chirurgicalement serait alors la canine de seconde dentition.

SUITES OPÉRATOIRES. — La brèche creusée dans le maxillaire se comble progressivement, sans le moindre incident. Mais c'est l'influence exercée sur la kératite qui vaut d'être soulignée.

Dès le deuxième jour, la douleur cornéenne avait diminué si bien que je n'osais le croire ; l'amélioration alla s'accroissant et bientôt les mouvements de la paupière n'éveillèrent plus qu'une sensibilité légère.

Les observations du D<sup>r</sup> ROZET sont, d'ailleurs, fort éloquantes : transcrivons-les.

*Avant l'opération* (5 novembre 1949). — *Œil droit* (O. D.) : congestion chronique de la conjonctive et de l'épisclère datant de sept ou huit mois ; légère photophobie. Ulcération « en coup d'ongle » du limbe à IX h. ; congestion périkeratique en regard ; épreuve à la fluorescéine positive.

[Acuité visuelle (V) = 10/10 faible. Fond d'œil : quelques rares lésions de capillarose maculaire.]

[*Œil gauche*. V < 1/10. Fond d'œil : taches confluentes de capillarose maculaire entraînant la formation de plusieurs placards atrophiques de la rétine.]

*Dix jours après l'opération* (29 novembre 1949). — O. D. : la congestion a disparu ; l'ulcération est recouverte d'une membrane cicatricielle.

[Fond d'œil : présente quelques modifications : apparition de quelques pigments mélaniques à la périphérie des rares taches de capillarose, fait rarement rencontré de façon aussi certaine. V. sans changement = 10/10 faible.]

Le rôle nosogène des excitations réflexes parties de la mâchoire sur l'œil correspondant se trouve ainsi nettement prouvé. Cette démonstration (où je jouai le rôle de cobaye) nous la devons à l'oculiste D<sup>r</sup> Jean ROZET et au chirurgien D<sup>r</sup> L. LAGRANGE.

Ajoutons qu'une amygdalite chronique vieille de plusieurs années se trouva, du même coup, grandement améliorée.

#### RÉSUMÉ

Une anomalie dentaire congénitale (canine à racine « barrée ») qui s'était éveillée seulement depuis une huitaine de mois s'accompagna, vers la même époque, d'une kératite ulcéreuse non exsudative persistante. Aussitôt que l'« épine » irritative, l'anomalie dentaire fut extraite chirurgicalement, aussitôt régressa la kératite — qui n'avait pas cédé au traitement local. Cette observation prouve le rôle nosogène des excitations parties de la mâchoire sur l'œil correspondant.

---

---