

de ces lésions, et dont la constataion paraîtra peut-être un peu prématuée, mais qui montreront cependant de quels ordres divers peuvent être les conséquences de la septicité bucco-dentaire. "C'est le propre de la science, a-t-on dit, en élargissant le domaine de l'exploré, de nous conduire sans cesse au seuil de nouveaux inconnus"(3).

II

Les *myosites*, on le sait, sont aiguës, subaiguës ou chroniques. Elles sont constituées par l'inflammation du muscle, c'est-à-dire par un ensemble de désordres anatomiques, créés par toute injure mécanique, infectieuse ou toxique (Letulle).

Le groupe principal de myosites est constitué par les myosites infectieuses. L'infection peut être directe ou par propagation; mais on sait aussi qu'un foyer d'infection éloigné peut, à distance, porter atteinte à l'intégrité du muscle, notion déjà ancienne, mais qui a été rejeunie par la théorie des infections focales (*focal infection*) à la suite des travaux de Billings, de Rosenow en particulier. On sait aussi que l'apparition des myosites peut être causée par la localisation de produits *toxiques* élaborés par des microorganismes et versés dans le torrent circulatoire (*septicémies*). Cette distinction correspond en somme à la division en deux grandes catégories des manifestations de la septicité bucco-dentaire, telles que nous les décrivons depuis longtemps: la septicité bucco-dentaire par ingestion de produits infectieux ou toxiques, d'une part (pyorrhées alvéolaires, suppurations buccales), et la septicité bucco-dentaire par conséquence de l'infection focale (présence de foyers péri-apexiens, granulomes, etc.) pour nous en tenir aux conséquences des lésions d'origine dentaire, en laissant de côté celles qui résultent des lésions des amygdales, des fosses nasales, du pharynx, des sinus, etc.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions peuvent

3. Marouzeau, *Le latin*, p. 169.