

des remèdes plus actifs : on emploiera alors avec avantage l'eau de chaux avec la décoction d'orge et de miel rosat ; on en bassinera souvent les parties affectées. On se sert aussi pour le même usage du sirop de quinquina, ou d'une décoction de guimauve et d'aristoloche ronde édulcorée avec la conserve de roses ou de cynorrhodon liquide, et acidulée avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Lorsque les croûtes aphteuses sont tombées, il convient de donner un purgatif léger et tonique. Le sirop de rhubarbe seul ou mêlé avec quelques grains de rhubarbe en poudre est très-utile dans ce cas : on peut l'administrer dans quelques cuillerées de décoction de quinquina ; on peut aussi se servir d'huile de ricin unie à un sirop agréable au goût. Pendant tout le cours de la maladie, on ne doit pas omettre de donner des lavements émollients à l'enfant, surtout lorsqu'il a de violentes tranchées et que les excréments sont verdâtres.

Le plus souvent, lorsque la terminaison du muguet est heureuse, il se manifeste une éruption de petits boutons au cou, aux fesses ou ailleurs. Si ces boutons viennent à disparaître tout à coup, ou, comme on dit, à rentrer, le muguet reparait, et l'enfant, dont les forces sont déjà épuisées, ne peut supporter cette seconde attaque ; il périt au moment où l'on croyait toucher à sa guérison. Il est donc bien important de favoriser et d'entretenir cette éruption précieuse en tenant l'enfant chaudement, et en lui faisant prendre des boissons diaphorétiques.

ARTICLE XV.

Maladies de l'os maxillaire inférieur. (P. B.)

Les maladies de l'os maxillaire inférieur sont la nécrose de cet os, la tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire, une maladie du bord alvéolaire décrite sous les noms d'*exostose*, de *kyste* et de *corps fibreux* de l'os maxillaire inférieur, l'ostéosarcome ou cancer de cet os, et l'amputation ou résection de l'os maxillaire.

§ 1. — De la nécrose de l'os maxillaire inférieur.

La nécrose peut occuper tous les points de l'os maxillaire inférieur ; mais comme son siège et son étendue sont en raison des causes, je crois devoir d'abord indiquer celles-ci.

Les causes de la nécrose de l'os maxillaire inférieur sont internes ou externes ; les premières sont plus communes que les secondes.

Les causes internes sont la scrofule, la syphilis, le scorbut, la salivation mercurielle, les maladies éruptives, et la gangrène de la bouche ou stomatite gangréneuse des enfants. Les trois premières causes sont, sans contredit, les plus fréquentes, et on pourrait presque rejeter aujourd'hui la salivation mercurielle, parce que la bonne administration du mercure ne produit plus d'accidents semblables à ceux que ce médicament occasionnait autrefois, lorsqu'on en saturait, pour ainsi dire, les malades et qu'on produisait des stomatites telles que les dents tombaient, le périoste de l'os maxillaire se détachait et l'os était nécrosé. Les maladies éruptives telles que la variole et la rougeole donnent quelquefois lieu à la nécrose spontanée de l'os maxillaire inférieur, sans qu'on puisse savoir comment le principe morbifique se porte sur cet os. La stomatite gangréneuse agit sur lui par suite de la propagation du principe gangréneux sur les parties qui concourent à la formation de la bouche. On conçoit aisément pourquoi le scorbut cause cette maladie, puisqu'il porte surtout son action sur la membrane muqueuse buccale. Quant à la scrofule et à la syphilis, elles agissent sur cet os comme sur les autres.

Les causes externes sont les fractures comminutives de l'os maxillaire, les contusions, les fractures dans l'évulsion des dents, et quelquefois la mauvaise direction de celles-ci ou leurs maladies. Mais il faut prendre garde de confondre dans ces derniers cas la nécrose du bord alvéolaire seul avec celle de l'os maxillaire : quoique ce bord fasse partie de l'os, sa nécrose ne donne lieu qu'à des accidents bien différents de ceux produits par la nécrose de l'os.

D'après l'exposé de ces causes, il est aisé de juger du siège et de l'étendue de la nécrose. Si la cause est interne, tous les points de l'os peuvent être atteints de nécrose, et l'étendue de la maladie n'est pas bornée, comme dans les cas où une cause directe a agi sur l'os. Ainsi, on voit souvent la moitié du corps de l'os ou une branche horizontale

frappée de nécrose; d'autres fois, c'est l'angle de l'os ou une partie de la branche ascendante et de la branche horizontale; dans d'autres cas, c'est l'apophyse coronéide. On a vu tout le corps de l'os nécrosé; quelquefois les condyles ont participé à la nécrose, mais le plus souvent elle s'arrête à leur base. On cite un cas où tout l'os maxillaire a été nécrosé. Si la cause est externe, un seul point de l'os est ordinairement nécrosé, et ce point est celui sur lequel la violence extérieure a été exercée: ainsi, tantôt c'est le corps, tantôt c'est la branche, tantôt c'est le bord alvéolaire, et c'est toujours le point seul qui a été attaqué; aussi ne trouve-t-on, dans ce cas, que des nécroses très-bornées.

Les symptômes de la maladie diffèrent dans la nécrose de cause interne ou spontanée, et dans la nécrose de cause externe ou traumatique: c'est, au reste, ce que l'on observe dans ces deux espèces de nécroses qui surviennent dans les autres os du corps.

Comme la nécrose de cause interne est toujours accompagnée d'un travail réparateur dans le périoste qui enveloppe l'os nécrosé, il en résulte dans les parties molles environnantes un gonflement plus ou moins inflammatoire qui est en raison de l'activité du principe morbide. Si ce principe est très-actif, l'inflammation est vive; si au contraire son action est lente, l'inflammation est chronique. Ces mêmes phénomènes, qui sont observés dans toute nécrose, présentent, dans celle qui nous occupe, des différences qui dépendent de la nature aiguë de quelques-unes de ces causes. Ainsi dans les nécroses de l'os maxillaire inférieur, suite de maladies aiguës, le gonflement inflammatoire offre une marche plus rapide. A ce gonflement succèdent des abcès qui sont la conséquence du travail éliminatoire et de la présence des séquestres. Ces abcès dégénèrent en fistules et restent fistuleux jusqu'à la sortie des portions d'os mortes. Ces phénomènes, communs à toutes les nécroses, se passent du côté de la peau. Mais d'autres phénomènes se manifestent dans la bouche, lorsque le corps de l'os maxillaire est frappé de nécrose, parce que le bord alvéolaire est toujours atteint par elle. Les dents ne sont plus maintenues dans leurs alvéoles, parce que, l'os nécrosé diminuant de volume, l'alvéole est trop grande pour les contenir; parce que les gencives se détachent de l'os et ne serrent plus la couronne de la dent, et parce que les vaisseaux et les nerfs dentaires sont compris dans les parties qui cessent de vivre, et meurent avec elles. Dans les cas rares où la nécrose commence par le

bord alvéolaire, c'est du côté de la bouche que se montrent les premiers symptômes, et les parties molles extérieures ne sont malades que plus tard. Le gonflement inflammatoire a un siège différent selon le siège de la nécrose dans telle ou telle partie de l'os.

Dans les nécroses de cause externe, on n'observe pas les phénomènes que je viens de décrire. Après la disparition des symptômes occasionnés par la cause traumatique, il reste une fistule, qui conduit l'instrument explorateur sur l'esquille ou la portion osseuse nécrosée, et quand celles-ci sont sorties, la fistule se ferme. Si la cause vulnérante a agi sur la peau, la fistule s'ouvre sur cette membrane; si, au contraire, elle a agi du côté de la bouche, c'est dans cette cavité que se trouve l'orifice fistuleux.

La marche de cette maladie est celle de toute nécrose. Sa durée est toujours longue. Son diagnostic est facile, et son pronostic n'a rien de grave. Elle ne compromet jamais l'existence; et les accidents, qui ont été attribués au mélange du pus avec la salive et les aliments, doivent être attribués plutôt à la malpropreté du malade et à la négligence du chirurgien qui ne donne pas une libre issue à ce liquide, qu'à la maladie elle-même. L'os nécrosé est remplacé par un os de nouvelle formation, comme cela se voit dans la nécrose des autres os, et ce nouvel os présente une consistance et une dureté suffisantes pour conserver à la mâchoire sa forme normale, et pour permettre la mastication des aliments, comme dans les cas où les individus ont perdu toutes leurs dents.

Le traitement est très-simple. Tant que le gonflement inflammatoire existe, il faut employer les émollients pour le dissiper et pour favoriser la formation des abcès, que l'on ouvre dès que l'on sent la fluctuation. Alors on facilite par tous les moyens favorables la sortie libre du pus, et on essaye d'ébranler le séquestre ou de l'extraire. Dès qu'on est parvenu à l'ôter en entier, les fistules se ferment. Mais quelquefois le séquestre est invaginé, c'est-à-dire renfermé dans le nouvel os, et les ouvertures que celui-ci présente ne permettent pas d'enlever la portion d'os nécrosée. Alors il faut avoir recours à des opérations pour agrandir l'ouverture fistuleuse et donner passage au séquestre. On suit dans ces opérations les règles indiquées pour l'extraction des séquestres dans les diverses parties du corps; on a recours aux couteaux épais, à la gouge, au trépan et à la scie.

Dans les cas où la nécrose est la suite d'une lésion traumatique,

si les bouts de l'os fracturé sont nécrosés, on peut avoir recours à la résection des portions mortes; mais ici, comme dans tous les cas analogues, il est à craindre que la nécrose ne s'étende au delà du point où l'os maxillaire est scié, et qu'ainsi on ne parvienne pas au but qu'on s'est proposé.

§ 2. — De la tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire.

La tumeur blanche de l'articulation temporo-maxillaire est une maladie peu connue. Les écrivains qui ont indiqué son existence ont dit qu'elle était rare; cela est peut-être vrai, mais je ferai observer que cette affection ne paraîtrait sans doute pas si rare, si on l'avait toujours diagnostiquée. Or, elle a été méconnue probablement dans le plus grand nombre des cas, et on verra plus bas, dans une des observations que je donnerai, que des praticiens d'un mérite incontestable n'ont pas voulu la reconnaître. La même chose a dû arriver souvent, parce que l'attention n'a pas été suffisamment dirigée sur cette espèce de tumeur blanche.

Le vice scrofuleux doit être regardé comme la cause la plus ordinaire. Les causes traumatiques ne peuvent avoir aucune action sur le développement de cette maladie; car il n'y a dans l'articulation temporo-maxillaire aucun mouvement, soit volontaire, soit involontaire, qui puisse donner lieu à la tumeur blanche, comme on l'observe sur les autres articulations. Il faut ranger au nombre des causes les altérations morbides de toutes les parties qui concourent à la formation de l'articulation, et voir dans chacune de ces altérations le principe de la maladie si grave que l'on désigne par le nom de tumeur blanche.

Comme toutes les tumeurs blanches, elle s'annonce par une douleur dans une des articulations temporo-maxillaires avec gonflement des parties molles environnantes, gonflement qui s'étend assez loin pour faire croire à l'existence d'une parotide, comme je l'ai observé dans le second cas que je cite. A ce gonflement se joint une gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure, avec tuméfaction spéciale des parties molles qui recouvrent l'articulation. Cette tuméfaction forme sur l'articulation une tumeur arrondie, isolée et distincte de celle des parties molles de la région parotidienne; cette tumeur est blanche et très-douloureuse à la pression. Quand celle-ci est un peu forte, la

douleur s'étend dans l'oreille et est semblable à celle des otites les plus intenses. Cette tuméfaction en se portant en arrière diminue le diamètre du conduit auditif externe, mais pas assez pour produire la surdité du côté correspondant. La gêne des mouvements de l'articulation se change bientôt en une impossibilité d'écarter les dents, et on peut dire, sans craindre de se tromper, que le degré de cette gêne des mouvements est un régulateur pour connaître le degré de la maladie; c'est au moins ce que j'ai observé.

Quoique le gonflement des parties qui forment l'oreille externe ne soit pas assez considérable pour boucher complètement le conduit auditif et occasionner la surdité, je l'ai cependant observée chez la malade qui fait le sujet de la seconde observation. Cette surdité a été passagère. Pour l'attribuer au gonflement du conduit auditif, il faudrait supposer une surdité antérieure de l'autre côté, ou une double tumeur blanche; or, ces deux accidents n'ont pas été suffisamment observés dans les différents cas, pour qu'on décide affirmativement la question. Ce qu'il y a eu de remarquable dans le cas que je cite, c'est que l'intensité de la surdité a été en rapport avec celle de la maladie, quoique celle-ci n'existât que d'un côté.

Le diagnostic de cette affection m'a paru facile dans les deux cas que j'ai observés; je pense qu'il doit toujours en être de même parce que les symptômes sont très-tranchés.

Le pronostic me semble grave. Dans un cas, la maladie des os a été la cause de la mort; et dans l'autre, la maladie, qui date aujourd'hui (avril 1846) de neuf mois, n'est pas guérie, et a eu plusieurs récidives.

Le traitement doit être celui de toutes les tumeurs blanches: les exutoires et le repos de l'articulation. Celui-ci, qui ne peut être constant puisqu'il faut que le malade ouvre la bouche pour parler et prendre des aliments, est forcé à cause de la douleur qui accompagne le moindre mouvement de la mâchoire: aussi peut-on dire qu'il existe dans cette tumeur blanche, comme dans toutes celles où des mécaniques empêchent le mouvement des membres. En effet, on peut se faire comprendre en parlant sans écarter les dents, comme je l'ai vu faire, et on peut prendre des aliments liquides ou mous qui n'exigent aucun mouvement de l'articulation.

1^{re} OBSERVATION. — M. M^{***}, âgé de dix-huit ans, brun, grand

et fort, fut pris, sans cause connue, dans le courant de l'été de l'année 1843, de douleurs vives dans les environs de l'articulation temporo-maxillaire gauche, et d'otite. Les médecins et les chirurgiens de la petite ville que M. M*** habitait, et ceux des environs jugèrent que la maladie était une otite avec douleurs sympathiques dans les parties voisines. Des sangsues, des vésicatoires et des dérivatifs généraux furent successivement employés sans succès. Au mois d'octobre 1843, M. le professeur Roux, passant par la ville où demeurait M. M***, fut consulté. A cette époque, les accidents locaux étaient les mêmes; il n'y avait pas encore, dit-on, beaucoup de gonflement dans les parties qui environnent l'articulation, et le mouvement de la mâchoire commençait à être très-gêné. M. Roux ordonna des exutoires dans les environs de la partie malade. Au mois de mai 1844, M. M*** vint à Paris, et il me consulta. Il était dans l'état suivant.

Toute la région temporo-maxillaire gauche était tuméfiée; la tuméfaction s'étendait à l'oreille, à la face interne de la joue et à sa partie externe et antérieure. La mâchoire inférieure pouvait à peine être écartée de la supérieure, et ses moindres mouvements étaient douloureux. Les efforts faits avec les mains pour produire l'écartement des deux mâchoires étaient sans effet pour augmenter l'écartement, de sorte qu'à la douleur produite par la traction exercée sur l'articulation temporo-maxillaire se joignait l'impossibilité des mouvements. Tout le côté de la tête, surtout dans la région temporale, était douloureux. Il n'y avait pas de surdité. Le malade, affaibli par la maladie et par la privation d'une nourriture suffisante, était réduit au dernier degré de marasme. Une diarrhée continuelle augmentait encore cet affaiblissement. M. M*** toussait et crachait. L'examen de sa poitrine fit reconnaître que la partie supérieure des poumons n'était pas à l'état normal; mais je ne pus que soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires au premier degré: les crachats étaient ceux du catarrhe.

J'annonçai à la mère de M. M***, qui l'avait accompagné à Paris, l'incurabilité de la maladie de son fils, et je l'engageai à retourner chez elle dans la crainte que son fils ne mourût à Paris. Avant de se décider à son départ, elle voulut avoir une consultation, à laquelle furent appelés MM. les professeurs Roux, Chomel et Andral. Je soumis aux consultants mon opinion sur la nature du mal; ils ne partagèrent pas mon avis. M. Roux fit observer que le mal devait tenir à une mauvaise dent. Je fis remarquer que les dents, qui produisent des accidents sem-

blables à ceux qui existaient, sont les dernières dents molaires de la mâchoire inférieure qui ont de la peine à sortir, et non les dents de la mâchoire supérieure, partie de la face du côté de laquelle existait la maladie. M. Chomel fut le seul des consultants qui revint à mon opinion. En conséquence, on décida qu'une dent gâtée, qui était à la mâchoire inférieure, serait arrachée, si le peu d'écartement des dents le permettait. Les consultants vérifièrent que les poumons n'offraient aucune altération organique positive. M. Rossi, très-habile dentiste, s'acquitta avec succès de l'arrachement de la dent; et cette opération n'eut aucun résultat, ni heureux, ni malheureux.

L'affaiblissement du malade empirant, madame M*** emmena son fils chez elle, et ce jeune homme succomba vingt jours après son arrivée. L'autopsie ne fut pas faite.

2° OBS. — Madame ***, religieuse hospitalière, âgée de vingt-huit ans, grande, forte, et présentant toutes les apparences d'une bonne santé, mais ayant eu plusieurs frères ou sœurs qui sont morts de phthisie pulmonaire, quoiqu'en présentant les mêmes apparences de santé qu'elle, a eu à l'âge de vingt-deux ans une maladie de poitrine dont elle ne sait pas dire la nature, mais qui a laissé une gêne très-grande dans la respiration et qui a attaqué principalement le poumon droit. Cette maladie a duré huit mois, et madame *** a pu reprendre ses fonctions de religieuse hospitalière. Cependant elle a perdu l'apparence de santé qu'elle avait, et elle est restée faible et maigre, avec une respiration courte. Les règles, qui jusqu'à l'époque de la maladie avaient été régulières et abondantes, sont devenues irrégulières et à peine fluentes. Au mois de juin 1842, madame ***, faisant un rangement de meuble dans une salle de malades, voulut retenir avec son genou droit une armoire qui était sur le point de tomber, et il résulta de la rencontre du meuble et du genou une contusion de ce dernier. Un médecin consulté fit appliquer des sangsues. Elles ne produisirent aucun soulagement. La malade continua de marcher, et quinze jours après l'accident elle me fit appeler. Je trouvai le genou douloureux et tuméfié sur les côtés de la rotule. Le membre ne pouvait pas supporter le poids du corps, et dès que le talon posait à terre, une douleur très-vive se faisait sentir dans le genou. Je fis mettre la malade au lit et j'appliquai successivement quatre moxas sur les côtés de la rotule. Ils suffirent pour produire une amélioration très-grande dans

l'état du genou, et je voyais arriver assez rapidement la guérison de la tumeur blanche, lorsque tout à coup madame *** fut prise, à la fin du mois de septembre 1842, de symptômes du côté de la poitrine qui n'offrirent aucun caractère tranché : ils se rapprochaient beaucoup de ceux de la bronchite capillaire. M. le professeur Chomel fut consulté, et il conseilla les boissons pectorales et les exutoires sur la poitrine. Au mois de janvier 1843, je mis aux parois thoraciques un séton que je laissai pendant six semaines. Plus tard, une suffocation imminente me fit employer avec succès l'émétique à haute dose. Après cette crise, des parotides parurent successivement de chaque côté : elles ne suppurèrent pas. Enfin, au mois d'avril 1844, madame *** peut reprendre le service des salles de malades. Son genou est entièrement guéri à la suite du séjour au lit pendant près de deux ans : elle porte une genouillère garnie de baleines et marche le membre roide. Cependant les voies respiratoires sont toujours embarrassées, et madame *** est très-valétudinaire. Des soins continuels lui sont nécessaires. Au mois d'août de l'année 1845, madame *** est prise, sans cause connue, d'un gonflement au devant de l'oreille gauche. Je crus que c'était une parotide, et je ne savais comment expliquer son apparition subite. Les remèdes appropriés firent presque entièrement disparaître le gonflement ; mais il resta une tuméfaction circonscrite au niveau de l'articulation temporo-maxillaire, et un peu de gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure. J'engageai madame *** à continuer les cataplasmes, et je la croyais guérie depuis quinze jours, lorsque tout à coup les symptômes revinrent avec une nouvelle intensité. La tuméfaction augmenta sur le point correspondant à l'articulation ; les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure devinrent impossibles ; la surdité fut presque complète des deux côtés, phénomène que je ne pus expliquer que par la supposition que la malade avait déjà l'ouïe dure du côté droit ; cette surdité n'était pas en rapport avec la tuméfaction des parois du conduit auditif, car celle-ci était peu prononcée. Ces symptômes locaux n'étaient accompagnés d'aucun symptôme général. Je fis appliquer successivement sept petits vésicatoires autour de l'articulation temporo-maxillaire. Les bons effets qui en résultèrent firent croire à madame *** qu'elle était guérie, et en conséquence elle ne voulut pas en mettre d'autres. Elle fut quelque temps sans ressentir de douleurs, et la mâchoire fonctionnait assez régulièrement, lorsque de nouveau, tout à coup et sans

cause, la douleur et la gêne des mouvements reparurent avec une intensité aussi grande que lors de la première apparition de la maladie ; mais la surdité ne revint pas. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués, et ils suffirent pour faire disparaître les symptômes. La mâchoire put exécuter tous ses mouvements sans la moindre douleur, seulement elle ne pouvait s'ouvrir entièrement. Je prévins madame *** qu'elle n'était pas complètement guérie, et qu'elle devrait appliquer encore des vésicatoires, ou au moins en entretenir un en suppuration pendant quelque temps. Elle ne suivit pas mon conseil, et elle se croyait totalement débarrassée de son mal, lorsqu'il reparut subitement vers le milieu du mois de mars 1846. Elle fut donc obligée de revenir au vésicatoire, et maintenant elle en a un qu'elle fait suppurer. Les mouvements de la mâchoire sont un peu revenus ; mais le mouvement d'abaissement n'est pas complet. Cependant, j'ai tout lieu d'espérer une guérison parfaite dans quelques mois par l'emploi continué d'un exutoire, puisque chaque fois que j'en ai fait appliquer, il y a eu du soulagement.

§ 3. — D'une maladie du bord alvéolaire, décrite sous les noms d'EXOSTOSE, de KYSTE, de CORPS FIBREUX de l'os maxillaire inférieur.

Lorsque nous lisons les écrits des chirurgiens sur les maladies de l'os maxillaire inférieur, nous voyons qu'ils ont décrit sous le nom d'*exostoses*, sous celui de *kystes* et sous celui de *corps fibreux* de l'os maxillaire inférieur, tantôt des maladies de cet os, tantôt une maladie spéciale, qui doit seule nous occuper ici. Si je ne craignais de dépasser les limites que doit avoir un paragraphe dans un ouvrage aussi étendu que celui-ci, je ferais voir, par la comparaison des observations nombreuses que renferment les écrits des pathologistes, le peu de rapport qui existe entre le titre de l'observation et le fait qu'elle contient, et je ramènerais ainsi chacune d'elle à sa juste valeur ; mais un pareil travail aurait trop d'étendue. Il suffira, pour la connaissance exacte de la maladie que je vais décrire, de comparer plus tard quelques faits.

Pour donner un nom à une maladie, il faut non-seulement connaître ses symptômes, mais encore connaître sa nature, c'est-à-dire les phénomènes physiques ou vitaux qui ont donné naissance aux symptômes.