

L'hémorrhagie est minime, ne dure que le temps nécessaire pour décoller le périoste et s'arrête après l'injection d'eau froide ; on ne fait pas d'incision externe ; l'extraction des séquestres qui ne sont pas encore mobilisés est facile à faire plus tard sans provoquer d'hémorrhagie ; l'ouverture large des cavités du maxillaire se prête à une antiseptie parfaite ; on n'enlève pas de parties osseuses saines.

La résection du maxillaire inférieur était faite par v. Dumreicher de la façon suivante. On admet d'une façon générale que l'os est malade au moins dans l'étendue occupée par la tuméfaction des parties molles. Supposons un cas de nécrose de la partie moyenne du maxillaire dans toute son épaisseur. On fait le long du bord inférieur une incision qui va d'un bout à l'autre de la partie malade et pénètre jusqu'à l'os ; on décolle ensuite avec une rugine le périoste et les parties molles des faces antérieure et postérieure du maxillaire. Ce décollement est si facile que, suivant le précepte de Maisonneuve, on peut même le faire très bien en se servant des ongles. L'os est ensuite scié avec une scie à chaîne à droite et à gauche des parties malades. Je procède dans certains cas d'une autre façon : sur les limites des parties nécrosées, à droite et à gauche, je fais de chaque côté du bord du maxillaire une incision de 3 centimètres par laquelle je passe une rugine pour décoller en avant et en arrière les parties molles dans une étendue permettant l'introduction de la scie à chaîne ou de la scie ordinaire, et je sectionne ainsi l'os de chaque côté. Le séquestre reste donc adhérent en avant et en arrière aux parties molles. Mais il suffit d'abaisser la lèvre inférieure et de passer une rugine entre l'os et les parties molles pour décoller ces dernières avec une grande facilité et retirer ensuite la pièce par la bouche. S'il s'agit de la résection de tout une moitié du maxillaire, on fait sur le bord inférieur du maxillaire une incision allant des parties nécrosées jusqu'à l'angle postérieur de l'os. On décolle le périoste tout le long de l'incision, on sectionne l'os avec une scie et on continue le décollement des parties molles sur les deux faces du corps du maxillaire ; le masséter et le ptérygoïdien interne se trouvent ainsi désinsérés. On fait partir ensuite, dans la bouche, le long du bord antérieur du maxillaire, une incision qui remonte jusqu'au sommet de l'apophyse coronoïde dont elle met à nu le bord antérieur, et avec une rugine on décolle les parties molles sur les deux faces de la branche montante. Pendant qu'un aide abaisse le maxillaire avec une pince appliquée au niveau de la section osseuse, et rend ainsi accessible le sommet de l'apophyse coronoïde, on conduit des ciseaux courbes sur l'indicateur gauche introduit dans la bouche et appliqué contre l'apophyse coronoïde, et on sectionne les insertions du temporal. Il ne reste plus

qu'à enlever l'os par quelques mouvements de torsion, l'articulation étant ordinairement en grande partie détruite par le processus morbide.

Les élèves de v. Dumreicher font une incision de la peau encore plus courte, mesurant près de 5 centimètres à partir des parties malades, et cette incision suffit pour décoller avec la rugine toutes les parties molles. Les incisions sont réunies par des sutures profondes, et on tamponne avec de la gaze iodoformée l'espace compris entre les deux membranes périostiques afin d'éviter la rétention du pus qui se fait ordinairement à ce niveau. Après une première résection du maxillaire pour nécrose phosphorée, on peut, si le processus ne s'arrête pas, retirer par la bouche les nouveaux séquestres sans faire de nouvelle incision à la peau. La muqueuse gingivale et le périoste se rétractent ordinairement au niveau de la surface de section et des alvéoles, de sorte qu'il est facile de décoller les parties molles dans toutes les directions.

Dans certains cas de nécrose phosphorée, on peut extirper tout le maxillaire sans faire d'incision à la peau : on décolle avec une rugine toutes les parties molles, on sectionne l'os au niveau de la symphyse et on fait l'énucléation de chaque moitié du maxillaire. Pitha et Schuh ont opéré suivant ce procédé, qui est actuellement adopté par la plupart des chirurgiens.

**Ostéite récidivante des tourneurs en nacre.** — Une autre affection fort intéressante, observée pour la première fois à Vienne et décrite par Englisch, est l'ostéite récidivante des tourneurs en nacre. Cette affection se rencontre également sur les autres os du squelette, et si nous la décrivons parmi les affections du maxillaire inférieur — sur le maxillaire supérieur elle ne se rencontre jamais — c'est que son évolution et ses caractères sont particulièrement nets et accusés sur cette partie du squelette.

L'affection débute par des douleurs violentes, lancinantes, paraissant siéger dans la profondeur de l'os ; ces douleurs persistent pendant un certain temps au bout duquel apparaît, à un travers de doigt au-dessous de l'apophyse coronoïde, une tuméfaction dure, osseuse, nettement limitée en haut. Peu à peu l'épaississement énorme descend et atteint la région sous-mentonnière, où il est moins bien limité. La tuméfaction peut disparaître dans l'espace de quelques semaines et jamais on n'observe de suppuration ou de nécrose. L'affection, quelquefois symétrique comme cela s'observe du reste sur les autres os du squelette, peut revenir au bout d'un certain temps dans le même os et présenter une évolution identique à celle de la première



attaque. L'affection n'atteint jamais l'os dans toute son étendue : elle se propage lentement et ne dépasse jamais le cartilage épiphysaire. Tout comme dans les os longs où elle reste limitée à la diaphyse, cette affection n'envahit pas les apophyses et reste limitée au corps du maxillaire et à sa branche montante. Elle ne s'observe que chez les ouvriers en nacre à l'approche de la puberté.

Parmi les processus inflammatoires des maxillaires, il faudrait encore mentionner en passant les *abcès centraux*. Seulement, pour les quelques observations qui se rapportent à ces cas, on peut se demander si ces abcès n'étaient pas des kystes suppurés de l'os. Par contre l'existence de l'*ostéomyélite* du maxillaire supérieur est aussi certaine que celle de l'omoplate, de l'os iliaque et d'autres os plats. Dans un cas avec autopsie publié par Maunoir, on a trouvé au niveau des alvéoles des grosses molaires un séquestre mobile, gros comme la première phalange du pouce ; il existait en même temps une hypérostose généralisée de tout le maxillaire, avec oblitération presque complète du sinus et épaissement de la voûte palatine qui mesurait 1 à 2 centimètres d'épaisseur. Le fait peut s'expliquer de la façon suivante : pendant qu'une partie de l'os — et dans le cas de Maunoir il s'agissait certainement d'une portion d'arcade alvéolaire — se nécrose, le périoste, tout comme dans la nécrose phosphorée, produit une nouvelle gaine osseuse, de sorte qu'à première vue on a l'impression d'une nécrose centrale d'un os plat, tandis qu'en réalité, dès le début, l'os s'est nécrosé dans toute son épaisseur.

**Actinomyose de la face.** — Les maxillaires sont encore le siège de prédilection d'une affection que nous commençons à connaître depuis quelques années, mais qui sans doute a presque toujours existé chez l'homme, peut-être même aux époques les plus reculées. Il m'est arrivé, comme à bien d'autres du reste, de m'écrier en voyant les premiers cas d'actinomyose de la face : « Ah, nous connaissons bien ce tableau, seulement nous ne savions qu'en faire ! » En effet je me rappelle encore comme, il y a 20 ans, on renvoyait ces malades des cliniques chirurgicales dans les cliniques dermatologiques et des services de dermatologie dans ceux de chirurgie, parce qu'on ne savait au juste s'il s'agissait dans ces cas de scrofule ou de syphilis. Les chirurgiens ne trouvaient pas de scrofule, ni les dermatologistes de syphilis. Plus près de nous, Langenbeck et Lebert ont décrit à l'autopsie des lésions spéciales que nous pouvons aujourd'hui rapporter à l'actinomyose.

Cette affection devait donc exister longtemps avant d'être individualisée. Voici brièvement son histoire.

Les vétérinaires connaissaient depuis longtemps chez les moutons une affection qui, d'après son siège, était connue sous le nom de sarcome de la mâchoire ou de langue de bois (Holzzange). Si la tumeur siégeait sur le maxillaire, elle se présentait sous forme d'un néoplasme analogue au sarcome des os. Bollinger trouva plus tard que l'élément principal de la tumeur était formé par un champignon auquel il donna le nom de champignon rayonné ou actinomyce (1877). Peu de temps après Israël, qui ne connaissait pas les recherches de Bollinger, trouva également un champignon rayonné chez l'homme (1877). Ponfick, qui a aussi rencontré ce champignon sur plusieurs indivi-

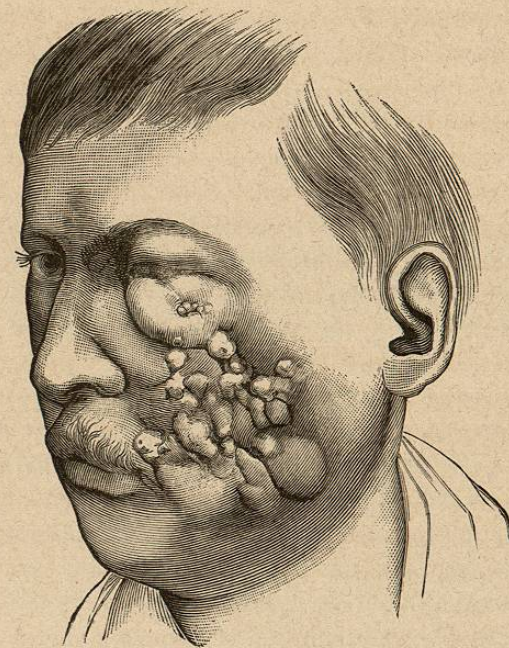


Fig. 19. — Actinomyose de la mâchoire.

dus, montra en même temps (1882) que c'était le même que Bollinger avait décrit dans le sarcome de la mâchoire du mouton. Depuis cette époque, les travaux se sont multipliés, les cas d'actinomyose ont été signalés un peu partout, principalement à Vienne (Zemann), et aujourd'hui on possède un grand nombre d'observations qui montrent que l'actinomyose est une affection très importante, très répandue et très variable dans ses formes.

Le classement botanique du champignon de l'actinomyose n'est pas encore fait ; ses méthodes de culture ne sont pas exactement déterminées et ses conditions biologiques presque inconnues. On sait



seulement que le champignon peut s'inoculer et passer de l'animal à l'homme et réciproquement.

Fait curieux, parmi les individus atteints d'actinomycose on n'en trouve qu'un nombre insignifiant qui, par métier, soient en contact journalier avec les animaux sujets à cette affection (moutons et porcs); on sait encore d'une façon certaine que l'ingestion de viande provenant des animaux atteints d'actinomycose ne provoque pas le développement de cette affection chez l'homme, de sorte qu'on ne sait rien sur les voies de pénétration de ce champignon dans l'organisme de l'homme. Un seul fait paraît bien démontré, c'est qu'une solution de continuité est indispensable pour que l'invasion du champignon puisse se faire.

Tandis que chez l'animal l'invasion du champignon provoque la formation d'un néoplasme, d'une tumeur, chez l'homme les tissus envahis sont pris ordinairement de suppuration due, d'après les recherches d'Ullmann, à la pénétration simultanée des micro-organismes pyogènes. Après l'ouverture des abcès qui se forment dans ces cas et l'évacuation du pus, il reste des trajets fistuleux qui opposent une résistance désespérante à tout traitement. Le pus de ces abcès renferme de petites granulations jaune-claire des dimensions d'un grain de pavot, appréciables déjà à l'œil nu. Ces corpuscules se retrouvent également dans les granulations de mauvais aspect, saignantes qui tapissent les trajets fistuleux.

Le champignon de l'actinomycose a une tendance très marquée à envahir les tissus voisins, et comme les microcoques pyogènes l'accompagnent dans cette marche en avant, il en résulte que l'affection revêt la forme d'un abcès envahissant suivi de fistules intarissables. Rien n'arrête le champignon spécifique: il traverse les muscles et les aponévroses et envahit les os où il se creuse des cavités et des cavernes anfractueuses. L'organisme ne reste pourtant pas impassible en face de cette destruction lente des tissus: autour des canaux creusés par le champignon il se forme du tissu fibreux dur, calleux, ou des ostéophytes quand il s'agit des os. Mais la barrière est vite franchie: le champignon rayonné pénètre de plus en plus loin, et quand il abandonne une région envahie, la barrière fibreuse ou osseuse fond très rapidement tandis qu'une autre se forme autour du nouveau foyer. On dirait une véritable lutte entre les tissus et leur ennemi, le champignon rayonné.

Au niveau des maxillaires l'actinomycose se présente sous la forme suivante:

Dans le voisinage d'une dent cariée, sous le périoste ou en dehors de cette membrane, en tous les cas près de l'os, surtout quand il s'a-

git du maxillaire inférieur, apparaît un petit foyer qui se distingue des abcès périostiques aigus par la lenteur de son développement et par son indolence presque complète. Ce foyer met quelquefois plusieurs semaines avant de se transformer en un abcès volumineux, proéminent, nettement adhérent au maxillaire inférieur, peu douloureux à la pression. Quelquefois il est entouré à sa base d'un rebord osseux. La fluctuation, la coloration bleuâtre ou brun-rouge des parois de l'abcès feraient penser à un abcès froid, mais comme la tuberculose du maxillaire inférieur est très rare et qu'en outre les individus atteints d'actinomycose présentent quelquefois un aspect florissant, on peut déjà soupçonner la nature véritable de l'abcès. Dans certains cas, on trouve un petit abcès qui s'ouvre dans la bouche, ou bien une fistulette par laquelle s'écoule un pus renfermant des granulations jaunes. Dans d'autres cas encore, il existe tout une série de ces abcès et fistules. Quelquefois le premier foyer ne s'ouvre pas et ce pus se porte vers la région sous-maxillaire ou carotidienne, ou plus loin encore vers les parties inférieures du cou, les fosses sus-claviculaires; ou bien, le pus remonte le long de la branche montante du maxillaire, dans la région zygomatique ou maxillaire supérieure, chemine vers la colonne vertébrale et atteint finalement la base du crâne. Partout où le champignon se creuse, dans les tissus envahis, des canaux tortueux, les fistules et les clapiers sont entourés d'un tissu fibreux dur, calleux. Quand un tel tissu se forme entre les deux mâchoires, dans l'épaisseur de la joue, on peut voir survenir une constriction cicatricielle des mâchoires. Si le champignon atteint primitivement le maxillaire supérieur, la colonne vertébrale et la base du crâne sont plus rapidement envahies que dans le cas précédent. Les articulations des vertèbres sont détruites, puis le champignon pénètre dans le crâne, et là contourne la dure-mère ou la traverse et envahit la pie-mère et le cerveau. Cette migration se manifeste par la suppuration, la formation de trajets fistuleux, des troubles de la déglutition, la raideur de la colonne vertébrale.

Cette description montre déjà jusqu'à quel point il serait important de pouvoir faire le diagnostic de bonne heure. Le malade ne peut être sauvé que par la destruction complète des foyers. L'ennemi doit être combattu par le fer et le feu. On comprend de soi-même que l'opération sera difficile et incertaine quand le processus aura envahi les régions profondes; aussi, si l'on tient à circonscrire tous les foyers, ne faut-il pas, dans certains cas, s'arrêter devant la résection des maxillaires. Une fois tous les trajets mis à nu, grattés ou extirpés, et les tissus cautérisés, la plaie sera pansée au sublimé.



Passons maintenant à l'étude des processus inflammatoires qui s'observent dans les cavités et l'articulation des maxillaires.

**Hydropisie de l'antre d'Highmore.** — Sous le nom d'hydropisie de l'antre d'Highmore, on comprend en pratique un état pathologique qui en réalité ne mérite pas ce nom. On croyait que l'orifice de l'antre d'Highmore s'oblitérait par le fait d'un processus pathologique (polype, etc.) et que l'accumulation des sécrétions dans la cavité arrivait à la longue à la distendre. Le tableau clinique de cette affection paraissait confirmer cette hypothèse. La joue paraît fortement tuméfiée dans la région de la fosse canine, et si l'on introduit le doigt dans la bouche on sent que la tuméfaction de la joue est produite par une propulsion de la paroi antérieure du maxillaire qui forme, immédiatement au-dessus de l'arcade dentaire, une sorte de tumeur convexe ; en outre, si le doigt comprime cette tumeur, la paroi se déprime comme une feuille de parchemin (crépitation parcheminée).

Les anciens chirurgiens, qui incisaient ordinairement à ce niveau la tumeur, voyaient s'écouler à travers l'incision une quantité notable de mucus, mélangée quelquefois avec du pus. La théorie de l'hydropisie de l'antre d'Highmore paraissait donc bien fondée. Mais on ne tarda pas à élever des objections très sérieuses contre cette interprétation. Wernher, qui dernièrement est revenu sur cette question, a démontré que le mucus sécrété dans cette cavité est en si petite quantité que la sécrétion et la résorption se contre-balancent en quelque sorte. L'orifice de la cavité qui s'ouvre au-dessous du cornet moyen est si étroit qu'il laisse à peine passer une sonde très fine, et quand même il existe dans certains cas un autre orifice, également étroit, le mucus visqueux ne peut guère s'écouler à travers ces orifices. Par conséquent, si le mucus s'écoule au dehors, la cavité doit en être remplie jusqu'au niveau de l'orifice, même chez l'homme bien portant ; par contre, si le mucus ne peut s'écouler, tout individu doit être atteint d'hydropisie de l'antre d'Highmore. (Une fois sur 10, cependant, l'antre d'Highmore présente un second orifice large s'ouvrant dans le méat inférieur.) Mais en réalité les choses ne se passent pas ainsi. Les glandes muqueuses qui sécrètent ce mucus visqueux peuvent devenir le siège d'une dégénérescence kystique, et souvent en effet on trouve de petits kystes, quelquefois en nombre considérable ; plus rarement on rencontre des kystes volumineux, à parois minces, et ce sont justement ces kystes qui remplissent entièrement la cavité qu'ils distendent, et provoquent ainsi le tableau clinique de l'hydropisie de l'antre d'Highmore que nous venons de décrire. Comme les nerfs et les artères qui se rendent aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> molaires sont ren-

fermés dans la paroi de la cavité du maxillaire, on observe, presque dans tous les cas, des névralgies et des troubles de nutrition qui sont par conséquent non pas la cause, mais bien l'effet de l'affection. Ce processus pathologique, qui provoque le tableau de l'hydropisie de l'antre d'Highmore, pourrait donc être désigné sous le nom de *polype kystique*.

Dans d'autres cas, l'affection a une autre origine. Il existe un *abcès chronique sous-périostique*, consécutif à la carie d'une dent. Lorsque le périoste qui constitue la paroi antérieure de l'abcès forme une lamelle osseuse, le doigt percevra très nettement la crépitation parcheminée, et quand on arrache la dent malade, il se fera un écoulement de pus tout comme après l'ouverture de la cavité hydropique du maxillaire<sup>1</sup>.

Un troisième cas peut encore se présenter. Dans les cas de développement defectueux des dents, que la dent soit retenue dans une position normale sans arriver à sortir de sa cavité ou que le bourgeon dentaire se trouve dans une position anormale, le sac dentaire peut se transformer en un *kyste dentaire* rempli de liquide et pouvant atteindre les dimensions d'une noix et même celles d'une orange. Comme ces kystes s'observent principalement au niveau des canines supérieures et des premières molaires et comme l'os qui entoure le kyste forme une paroi très mince, on comprend que ces kystes pourraient produire un complexe symptomatique analogue à celui de l'hydropisie de l'antre d'Highmore.

Quelques auteurs sont allés encore plus loin et ont nié l'existence même de l'hydropisie de l'antre d'Highmore, en attribuant tous les cas à une des trois causes que nous avons énumérées : polype kystique de la cavité d'Highmore, abcès sous-périostique, kyste dentaire. Actuellement, quand quelqu'un soutient l'existence de l'hydropisie autonome de l'antre d'Highmore, il est obligé d'apporter des preuves à l'appui de sa façon de voir, tandis que l'existence des trois états morbides que nous avons cités est parfaitement démontrée. Pourtant on

(1) Un abcès sous-périostique peut simuler un *abcès du sinus*, et non une *hydropisie du sinus*. Il y a là une légère confusion dans le texte d'Albert ; mais il y a une affection de nature inflammatoire, liée à la carie pénétrante, qui constitue une bonne partie des hydropisies du sinus : c'est le *kyste radiculaire de la dent adulte* — différent des kystes par évolution vicieuse auxquels sont consacrées les lignes suivantes — kyste dont le contenu suppure souvent, mais non toujours. Dans ces kystes et abcès il peut certainement y avoir décollement et ossification du périoste, avec refoulement de la paroi antérieure du sinus non envahi, mais parfois aussi il y a véritable perforation du sommet de l'alvéole et pénétration dans le sinus du kyste qui s'y étale et se moule sur sa cavité. (A. B.)



peut invoquer, en faveur de l'ancienne théorie, des cas dans lesquels il y a eu écoulement de mucus par le nez. En effet, dans certains cas d'hydropisie de l'antre d'Highmore, où il existait en même temps une affection dentaire, on a vu l'écoulement de mucus se faire par le nez quand le malade prenait certaines positions. Mais ceci ne démontre pas encore l'existence de cette affection problématique car, comme l'a dit Wernher, il pouvait très bien s'agir dans ces cas de la rupture d'un kyste remplissant toute la cavité.

Dans certains cas on a observé, après l'évacuation du liquide, l'élimination de parcelles osseuses ; il est possible que dans ces cas l'affection soit produite par une périostite des parois de la cavité.

Le diagnostic différentiel des états morbides que nous avons rapportés n'est pas facile. S'il existe un écoulement de muco-pus par le nez, on pensera à une accumulation de liquide dans l'antre d'Highmore, accumulation qui existe peut-être, ou à la déchirure d'un kyste. On se prononcera pour un kyste dentaire quand il manquera une dent et quand la tumeur aura une forme sphérique. En tous les cas, le diagnostic de kyste dentaire se trouvera confirmé lorsqu'après l'incision de la tumeur et l'évacuation du liquide on trouvera la dent soit libre dans la cavité soit fixée dans une de ses parois.

Dans tous les cas d'hydropisie de l'antre d'Highmore, la paracentèse de la cavité se fera de préférence à travers un alvéole, après l'extraction d'une dent malade ; dans certains cas, le pus s'écoule aussitôt que la racine est sortie. Comme instrument, on peut se servir du perforatif de trépan. Pendant la perforation de la voûte de l'alvéole, le pouce sera appliqué contre la mâchoire afin que l'instrument ne dérape pas et n'aille pas blesser l'orbite. L'orifice, maintenu dilaté avec une éponge préparée ou du catgut, servira pour faire dans la cavité des injections d'iodure de potassium ou d'alun, injections qu'il faudra continuer jusqu'à la régression complète de la tumeur. Si l'on ne trouve pas de dent malade ou si toutes les dents sont déchaussées, la paracentèse sera faite au niveau de la fosse canine.

Je reste encore dans le doute en face des observations nombreuses considérées comme de véritables hydropisies et empyèmes par rétention de l'antre d'Highmore, observations qui se sont singulièrement multipliées depuis quelques temps. Je ne comprends pas non plus pourquoi l'évacuation de la collection par le nez paraît à certains auteurs préférable à la perforation d'un alvéole. Attendons donc des faits nouveaux avant de nous prononcer.

**Arthrite de l'articulation temporo-maxillaire.** — Les inflammations de l'articulation temporo-maxillaire sont rares. La rareté de cette affec-

tion, la situation profonde et la petitesse de l'articulation qui rendent forcément incomplet l'examen des parties malades, font que nos connaissances sur les différentes formes de ces arthrites sont assez incomplètes. Quand Gurlt a publié son étude remarquable sur l'anatomie pathologique de cette articulation, il n'a pu trouver une seule relation d'autopsie ou une seule pièce anatomique qui lui permissent d'étudier les stades initiaux du processus inflammatoire aigu. Il a pu seulement constater que l'inflammation aiguë de l'articulation temporo-maxillaire aboutit aux mêmes lésions que celle des autres articulations : déformation et destruction des surfaces articulaires, formation d'ostéophytes dans les parties voisines avec luxation consécutive, ankylose. Quant à l'inflammation chronique, R. Adams et R. W. Smith ont pu constater que l'articulation temporo-maxillaire est quelquefois le siège de l'arthrite déformante, qui s'observe également sur l'articulation de la hanche où elle est connue sous le nom de *morbus coxae senilis*.

Nos connaissances cliniques se résument en ceci : abstraction faite des métastases pyohémiques et des inflammations suppurées qui envahissent l'articulation par propagation d'un processus siégeant dans les parties voisines, l'*inflammation spontanée aiguë* de l'articulation temporo-maxillaire constitue une grande rareté ; les symptômes de cette arthrite sont l'immobilité de l'articulation et la douleur à la pression. Le froid et, autant que possible, le repos de l'article constituent la base du traitement. Si l'on soupçonnait l'origine rhumatismale de l'affection, c'est-à-dire si on croyait que l'inflammation a été produite par un refroidissement intense, on pourrait avoir recours, suivant le conseil de certains praticiens, aux révulsifs.

L'inflammation exsudative *chronique* paraît être plus fréquente. Comme symptômes, on trouve dans ces cas une douleur peu vive, de la difficulté pour ouvrir la bouche, des craquements et, à la palpation, un gonflement de la région articulaire. Cette forme est très tenace, et il va de soi qu'on n'a pas tardé à préconiser le massage pour ces cas. L'arthrite *déformante*, qui s'observe chez les vieillards et est souvent bilatérale, peut s'accompagner de troubles fonctionnels notables, la déformation et les érosions des surfaces articulaires empêchant les mouvements articulaires, mais comme on dit, *senectus ipsa morbus*<sup>(1)</sup> !

(1) Les arthrites aiguës suppurées s'observent quelquefois à la suite de plaies ; plus souvent elles sont consécutives aux diverses ostéites suppurées du maxillaire avec participation du condyle ; l'ostéite suppurée causale peut de même siéger sur la cavité glénoïde, et son origine est alors une otite moyenne suppurée. Sauf cette variété, les ostéites du temporal sont rares. Ces arthrites de l'otite moyenne