

longueur des trois branches qui en émanent : on doit être prévenu que si le ganglion se laisse assez facilement décoller par sa face inférieure, on rencontre au contraire de grandes difficultés quand on cherche à l'isoler par sa face supérieure et du côté de la branche ophthalmique de Willis. (Terrier.)

Poirier, après section du malaire, de l'apophyse zygomatique et du sommet de l'apophyse coronoïde, dénude le plan sphéno-temporal, reconnaît le tissu ovale et l'émergence du maxillaire inférieur, résèque la partie basse de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal jusqu'au trou ovale, reconnaît la partie intracrânienne du maxillaire inférieur, puis le maxillaire supérieur, sectionne ces deux nerfs au niveau des trous ovale et grand rond, soulève le lobe temporo-sphénoïdal, dégage la face crânienne du ganglion, après pincement du trijumeau non encore épanoui, l'arrache de la protubérance, enfin extrait le ganglion d'arrière en avant.

Horsley préfère mettre franchement à nu le lobe temporo-sphénoïdal en taillant trois lambeaux cutané-musculaire, osseux et dure-mérien que limitent des incisions conduites suivant le bord supérieur de la fosse temporale. Un large rétracteur glissé au-dessous du cerveau le relève, et, s'aidant de l'éclairage électrique, le chirurgien suit le bord supérieur du rocher qui le conduit vers le ganglion; estimant la situation du canal dans lequel le nerf est couché au-dessus du ganglion, il l'ouvre avec précaution, puis, après arrachement du tissu nerveux saisi dans un petit crochet mousse, il enlève le ganglion.

La résection juxtabasilaire des nerfs maxillaires et plus encore l'extirpation de ganglion de Gasser constituent des opérations délicates qui, malheureusement, ne donnent pas toujours des succès durables. Le plus souvent il y a guérison, puis au bout de quelques mois, quelques années, la névralgie reparait. Néanmoins, alors même qu'elle ne serait suivie que d'un répit aux atroces douleurs dont souffrait le patient, l'intervention opératoire est justifiée et peut-être, grâce à des indications opératoires plus précises permettant une action moins tardive que par le passé, arrivera-t-on à un pour cent plus élevé de guérisons définitives.

CONSTRICTION DES MACHOIRES (1).

Toute entrave au mouvement d'abaissement du maxillaire inférieur provoque la *constriction des mâchoires*, c'est-à-dire supprime ou réduit

(1) DE SCHULTEN, De l'ankylose de la mâchoire inférieure et de son traitement (*Arch. gén. de méd.*, 1879, t. I, p. 543). — URDY, Étude sur l'immobilité permanente de la mâchoire inférieure, thèse de Paris, 1879. — LEWY, Die Kieferklemmen nach ihrer Behandlung. Inaug. Dissert. Berlin, 1885. — ZIFFEL, De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire, thèse de Paris, 1885-1886. — LE DENTU, Traitement de la constriction des mâchoires (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 64). — TH. KOCHER, Traitement chirurgical de la contraction spasmodique des mâchoires (*Sem. méd.*, 1896, p. 49).

dans une grande mesure la possibilité de leur écartement. Cet état *temporaire* ou *permanent* constitue un symptôme commun à différentes affections des articulations temporo-maxillaires, des muscles masticateurs et des parties molles des joues. De là la classification étiologique des constrictions des mâchoires en *articulaires*, *musculaires* et *cicatricielles*. En outre, suivant que la lésion siège d'un seul côté du visage ou que chacune des moitiés de la mâchoire est immobilisée pour son propre compte, la constriction peut être taxée d'*unilatérale* ou de *bilatérale*.

I. — CONSTRICTION TEMPORAIRE.

Étiologie et anatomie pathologique. — *Temporaire*, la constriction résulte d'une poussée inflammatoire articulaire de courte durée et de minime intensité; de règle, en effet, l'arthrite temporo-maxillaire, comme nous le dirons plus loin, expose à une gêne prolongée ou permanente de l'ouverture de la bouche. Plus souvent la constriction temporaire de la mâchoire est la conséquence d'une contracture musculaire, que les muscles soient eux-mêmes malades ou qu'il s'agisse d'une contraction réflexe. A tort peut-être on ne donne pas le nom de *constricture* à la gêne apportée dans l'écartement des arcades alvéolaires par les lésions inflammatoires des joues, leurs ulcérations non cicatrisées, enfin leur infiltration par un néoplasme, l'épithéliome en particulier, cette dernière lésion, à vrai dire, constituant plutôt, vu l'inefficacité du traitement dit médical, un obstacle permanent.

La contracture des muscles élévateurs de la mâchoire supérieure s'observe dans certaines affections du système nerveux, et ici, après le tétanos qu'il convient de citer en première ligne, doivent trouver place la méningite, l'éclampsie, voire même l'hystérie. Chez certaines personnes encore, le masséter se contracture pendant quelques instants à la suite des mouvements de mastication : il est atteint d'une véritable *crampe*. Autrement les deux mâchoires sont maintenues rapprochées parce que les muscles masticateurs sont en état de vigilance ou sont enflammés. La *contraction par appréhension*, supprimant les mouvements des parties, a pour effet d'éviter la douleur qu'ils provoquent lorsque l'articulation temporo-maxillaire est le siège d'une arthrite aiguë; lorsque, dans la loge parotidienne, la parotide enflammée ou atteinte d'oreillons ne supporterait pas d'être comprimée par les déplacements du maxillaire inférieur; lorsque ceux-ci tireraient les tissus enflammés de la bouche ou de l'isthme du gosier. Dans ces cas, à la contracture réflexe, peut s'ajouter la *contracture par inflammation* des muscles eux-mêmes. Cette complication intervient surtout dans les ostéopériostites maxillaires, particulièrement lorsqu'elles siègent à la mâchoire inférieure et sont

provoquées par une éruption vicieuse de la dent de sagesse. Alors le buccinateur, le ptérygoïdien interne et le masséter participent à l'inflammation, tandis que le temporal est touché dans les cas d'ostéite de la fosse temporale. Enfin, si l'on se reporte aux connexions que les muscles masticateurs et particulièrement le ptérygoïdien externe affectent avec l'articulation temporo-maxillaire, on comprend leur atteinte dans les arthrites et périarthrites. Ces muscles enfin immobilisent la mâchoire lorsqu'ils sont primitivement malades, c'est-à-dire qu'à la suite d'un traumatisme le masséter ou le temporal se sont enflammés, ou encore il s'agit de myosite rhumatismale, de myosite syphilitique. Bien que la myosite puisse aboutir à la sclérose du tissu musculaire et par suite entraîner la constriction permanente des mâchoires, de règle cette fâcheuse terminaison ne serait pas provoquée par le rhumatisme et la syphilis. Duchemin cite cependant un fait de rétraction du buccinateur consécutif à une paralysie faciale *a frigore*.

Diagnostic. — En général, le *diagnostic* de la constriction temporaire des mâchoires n'est pas difficile; la nature de l'obstacle, qui alors immobilise plus ou moins complètement le maxillaire inférieur, ne saurait échapper à un examen attentif. Dans quelques cas, en particulier dans certaines ankyloses réflexes traînant en longueur, il sera utile de recourir au chloroforme pour faire disparaître la contracture musculaire et l'exagération qu'elle apporte à la gêne causée par les lésions concomitantes.

Traitement. — Nous dirons peu de chose du *traitement*: il n'est autre que celui de la maladie dont la constriction maxillaire est un symptôme. S'agit-il d'une éruption vicieuse de la dent de sagesse, il convient d'en faciliter la sortie par des débridements de la gencive, par l'extraction d'une dent voisine, parfois il faut l'enlever. Mais ces avulsions sont pénibles du fait même de la fermeture de la bouche, aussi devra-t-on tout d'abord s'ouvrir un accès suffisant par la dilatation buccale, pratiquée comme il sera dit plus loin. Au besoin, s'il était impossible d'aborder la dent par la voie buccale, on suivrait la voie cutanée, mobilisant à hauteur de l'angle de la mâchoire un lambeau assez large pour mettre à jour la région du maxillaire où évolue la dernière molaire.

Les applications chaudes et résolutes, quelques séances de courants continus, une médication interne antispasmodique trouveront leur indication au cas de contracture musculaire, laquelle se trouvera bien surtout du traitement approprié à la lésion inflammatoire qui la provoque.

II. — CONSTRICTION PERMANENTE.

Permanente, la constriction des mâchoires présente plusieurs degrés; tantôt l'occlusion est complète, les incisives sont en contact,

tantôt il existe entre elles une fente dont la largeur maxima dépasse rarement un centimètre. Alors quelques légers mouvements sont possibles, cela surtout quand la constriction est unilatérale, car des lésions bilatérales immobilisent le maxillaire inférieur d'une manière à peu près parfaite.

Une pareille infirmité entraîne à sa suite des troubles de la prononciation; elle gêne la respiration quand les fosses nasales se trouvent obstruées; elle expose aux dangers de la suffocation, lorsque les matières vomies ne pouvant s'échapper refluent dans les voies aériennes; enfin elle est surtout dangereuse en raison de l'obstacle qu'elle apporte à l'alimentation. Les aliments liquides ou semi-liquides seuls peuvent être pris par succion ou versés dans la bouche, soit que l'écart des dents permette leur passage, soit que le patient mette à profit l'orifice naturel situé en arrière des dernières molaires ou une brèche accidentelle dans les arcades dentaires.

Comme conséquence de la constriction des mâchoires, la carie des dents est encore à craindre, du fait de l'impossibilité des soins de propreté de la bouche et de l'absence du nettoyage mécanique des dents par la mastication. En outre les dents parfois se dévient, les incisives inférieures en particulier s'inclinent en avant.

Le maxillaire inférieur lui aussi est atrophié et dévié, d'où un certain degré d'asymétrie faciale. Indépendamment, en effet, de la déformation possible du visage par les lésions causales de la constriction des mâchoires, dans les cas anciens, surtout lorsque l'affection a évolué pendant la période de croissance, le développement du maxillaire inférieur reste incomplet, l'immobilisation de la mâchoire entraînant une diminution de la circulation dans l'artère dentaire inférieure. Pour expliquer dans les cas de constriction unilatérale la prédominance de l'atrophie du côté ankylosé, certains auteurs invoquent un trouble trophique sous la dépendance du trijumeau. En raison de l'atrophie du maxillaire inférieur, la saillie du menton est diminuée; de plus, dans certains cas de constriction unilatérale, il est dévié du côté sain, sans doute grâce à la prédominance d'action des muscles masticateurs qui s'insèrent sur la moitié de l'os encore soumis dans une certaine mesure à leur influence. Non seulement la mâchoire peut subir cette déviation latérale, mais parfois de plus elle s'abaisse obliquement, de telle sorte que les dents inférieures ne correspondent plus à celles de la mâchoire supérieure et que le plan de l'arcade dentaire d'horizontal est devenu oblique; l'angle de la mâchoire du côté ankylosé est plus élevé que l'angle opposé.

Étiologie et anatomie pathologique. — Les *lésions des joues*, qui mettent obstacle à l'écartement des mâchoires, consistent dans des cicatrices consécutives à la destruction du tissu par des brûlures, des plaies contuses (coups de feu), des ulcérations, la gangrène. La cause la plus habituelle est le noma, puis la stomatite ulcéreuse;

rarement il s'agit de lésions syphilitiques ou tuberculeuses, plus souvent c'est la cicatrice d'un abcès symptomatique d'une inflammation osseuse. D'après Schulten, les cicatrices géniennes brident la mâchoire d'autant mieux qu'elles intéressent les tissus plus profonds; cutanées, elles sont moins puissantes que si elles englobent les tissus sous-jacents, muqueuse comprise. Dans certains cas, la peau a conservé son intégrité et sous elle une masse fibreuse solide soude la joue aux deux maxillaires; parfois encore la bride cicatricielle s'accompagne d'une perte de substance plus ou moins étendue de la joue. Verneuil encore a fait remarquer que les cicatrices postérieures sont plus graves que les antérieures. Les premières, outre qu'elles oblitérent l'espace libre rétro-molaire utile pour le passage des aliments, se compliquent en général de rétraction du masséter. Les cicatrices antérieures, dont un type est constitué par l'atrésie buccale cicatricielle, ne supprimant pas tout à fait l'élasticité des joues, permettent une excursion plus grande du maxillaire. Enfin il convient de tenir compte de l'épaisseur, de la largeur de la cicatrice, de l'état anatomique de son tissu, qui progressivement s'indure et se rétracte et parfois même se transforme en plaques cartilagineuses ou osseuses formant pont entre les deux maxillaires.

La *constriction cicatricielle* s'accompagne souvent de *constriction musculaire*; il est rare même que celle-ci existe seule. Déjà, dans le paragraphe précédent, il a été question des désordres musculaires qui peuvent jusqu'à guérison immobiliser la mâchoire inférieure; à un degré plus prononcé ils aboutissent à l'atrophie et à la sclérose des masticateurs, et par suite à l'occlusion permanente de la bouche. Tout d'abord les muscles n'étaient que contracturés, et finalement ils sont rétractés. Autrement il s'agit de sclérose d'origine inflammatoire, qu'il y ait eu myosite primitive ou par propagation. Dans quelques cas, c'est un kyste hydatique qui s'entoure d'une zone de tissu scléreux et provoque la régression granulo-graisseuse des fibres du masséter ou du temporal. Dans le premier de ces muscles siège le plus souvent l'obstacle au mouvement de la mâchoire, quelquefois dans le second, exceptionnellement dans le buccinateur: chez un malade, Dieulafoy (de Toulouse) pratiqua la section du ptérygoïdien interne considéré comme l'agent de la constriction.

Articulaire, la constriction de la mâchoire, dans quelques cas, a été observée dès la naissance, et toujours elle résultait alors d'une ankylose osseuse dont il est difficile d'expliquer la venue, quelque idée que l'on ait sur l'ossification du maxillaire inférieur et du rocher. Survenant dans les premiers mois de la vie, l'ankylose résulte d'ordinaire d'un traumatisme provoqué au cours de l'accouchement par le forceps ou des tractions. Plus tard, à la suite de plaies de l'articulation temporo-maxillaire, de chute sur le menton suivie de fracture du condyle ou d'enfoncement du conduit auditif externe, il

survient une arthrite aiguë traumatique qui laisse après elle une raideur plus ou moins grande de la jointure.

Le même désordre succède aux arthrites par propagation de parodontites suppurées, otites moyennes suppurées, et surtout d'ostéite du maxillaire inférieur. Alors l'article suppure et une ankylose osseuse s'établit, comme il arrive parfois aussi dans les arthrites infectieuses du rhumatisme, de la blennorrhagie, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale. L'arthrite temporo-maxillaire de nature tuberculeuse, elle aussi, met obstacle à l'ouverture de la bouche et chez certains rhumatisants l'arthrite sèche fixe au temporal le condyle déformé et englobé par des stalactites osseuses. Dans ce dernier cas il y a non pas ankylose osseuse intra-articulaire, comme après une arthrite suppurée, mais bien ankylose osseuse péri-articulaire; les surfaces articulaires ne se sont pas soudées l'une à l'autre. Enfin, comme conséquence des arthrites aiguës, la périarthrite concomitante provoque encore la rétraction des tissus mous et une ankylose fibreuse péri-articulaire.

Cette classification anatomique des ankyloses temporo-maxillaires présente une certaine importance au point de vue diagnostique et surtout au point de vue du traitement.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de la constriction permanente des mâchoires d'abord doit établir jusqu'à quel degré la contracture musculaire exagère la valeur de l'obstacle permanent qui s'oppose à l'ouverture de la bouche. Mais en général c'est là une constatation qui sera faite au cours de la chloroformisation nécessitée par les manœuvres du traitement. Plus immédiatement importante est la recherche de l'intégrité des mouvements de l'une des deux jointures temporo-maxillaires, car contre la constriction bilatérale, l'intervention chirurgicale reste le plus souvent sans résultat. Or d'une part c'est là un besoin rare, de l'autre l'absence d'antécédents morbides impliquant l'une des articulations, l'aspect normal des tissus à son niveau autorise à conclure à l'intégrité de bon fonctionnement.

S'il existe bien apparentes des brides cicatricielles, surtout des brides postérieures, pas n'est besoin de préciser la rétraction musculaire et l'ankylose articulaire, car elles n'ont pas d'influence sur le *traitement*. Par contre, en l'absence de cicatrices, de l'examen des antécédents, de l'exploration de la joue, il faudra d'abord déterminer de quel côté siège la lésion, puis conclure à l'existence d'une rétraction musculaire, d'une ankylose articulaire, parfois à la coexistence des deux lésions.

Traitement. — Tandis que le *traitement palliatif*, c'est-à-dire l'alimentation à travers une brèche de l'arcade dentaire, est seul applicable au cas de constriction bilatérale, le *traitement curatif* doit être tenté contre la constriction unilatérale.

Contre la constriction cicatricielle, la dilatation mécanique de la

bouche est indiquée s'il s'agit de brides minces qui, n'ayant pas effacé le cul-de-sac géno-maxillaire, sont voisines de la commissure; on peut espérer les assouplir et les faire prêter par la dilatation progressive. A cet effet on enfonce peu à peu entre les dents des coins en bois ou en liège convenablement matelassés ou l'on utilise la vis ouvre-bouche, cône de buis ou d'ivoire dont les spires s'insinuent entre les deux rangées dentaires. A ces instruments qui agissent sur un point d'appui restreint, qui sont utiles pour commencer la dilatation, on préférera les dilatateurs à vis munis de deux plaques qui, moulées sur les arcades dentaires, s'écartent l'un de l'autre d'une façon lente et progressive.

La dilatation mécanique mérite d'être tentée, alors même que la constriction résulte de lésions plus graves que les minces cicatrices antérieures, mais elle échoue en général et ne retrouve son utilité que comme adjuvant des autres procédés d'intervention, en particulier pour maintenir l'écartement qu'ils ont fourni.

Lorsque le maxillaire est immobilisé par suite d'une atrésie buccale très prononcée, une double canthoplastie avec suture soignée de la muqueuse et de la peau sur toute la longueur des deux incisions de débridement reconstituera la bouche avec ses dimensions normales. L'on surveillera tout particulièrement au niveau des deux nouvelles commissures la soudure de la peau à la muqueuse; elle est indispensable pour prévenir le retour de la lésion.

La simple section des cicatrices cutanées ou muqueuses antérieures est rarement suivie de succès, pour peu qu'elles soient étendues et épaisses, et cela même si l'on a soin de tamponner antiseptiquement la plaie de l'incision, pour l'élargir au maximum et allonger d'autant les brides cicatricielles. Mieux vaut tenter d'implanter dans la brèche ainsi produite, un lambeau de muqueuse ou de peau détaché des parties voisines, auxquels il reste temporairement uni par un pédicule.

Parfois l'on sera autorisé à imiter Jaesche, qui divise la joue transversalement dans toute sa largeur, de la commissure à l'apophyse montante, laisse les bords de la plaie se cicatriser isolément sur le bord gingival, en maintenant la bouche largement ouverte, puis reconstitue la joue et la commissure buccale. Dans ce but, la fente de la joue est circonscrite par une incision elliptique et la peau de la face, disséquée en haut et en bas, est réunie de façon à former une paroi buccale, dépourvue de muqueuse il est vrai, mais incapable de se souder au bord gingival en raison du bourrelet cutané qui le recouvre. En agissant comme Gussenbauer, l'on remplacera dans la bouche la surface épithéliale de la muqueuse par l'épiderme de la peau. Le chirurgien allemand dissèque sur la joue un lambeau cutané triangulaire, dont la pointe répond à la commissure labiale et dont la base resté adhérente à la région massétérine; il met ainsi

à découvert le tissu cicatriciel qu'il fend d'avant en arrière. Pour fermer la brèche ainsi pratiquée dans la joue, la pointe du lambeau cutané est repliée en dedans vers la base, et fixée dans l'angle postérieur de l'incision transversale de la cicatrice, puis, une fois de solides adhérences obtenues, la base du lambeau triangulaire est coupée et ramenée en avant pour être à son tour fixée auprès de la commissure labiale. Le lambeau enfin a basculé complètement; sa face épidermique est à l'intérieur de la bouche et sur sa face cruentée, il est facile d'amener par glissement la peau des régions voisines.

Ces méthodes ne réussissent pas lorsqu'il s'agit de cicatrices postérieures ou de rétraction des muscles masséter et ptérygoïdien interne. En pareil cas, chez un malade, Le Dentu incise le long du bord inférieur de la mâchoire, au niveau de l'angle, détache le masséter aussi haut que possible, puis les adhérences de la muqueuse buccale au bord antérieur de la branche montante, enfin les insertions du ptérygoïdien interne. Cela fait, le temporal étant indemne, le maxillaire se laisse abaisser et un bâillon le maintient dans cette position, jusqu'à ce que les muscles aient pris de nouvelles insertions en un point plus élevé que normalement. Par des dilatations mécaniques répétées longtemps plusieurs fois chaque jour, au besoin, le résultat obtenu primitivement peut être maintenu.

Si, après libération des brides fixées à la base de la branche montante du maxillaire, l'on constatait que la mâchoire était encore immobilisée par la rétraction du temporal, la section de l'apophyse coronoïde à sa base serait indiquée. Si la jointure elle-même était soudée, alors l'on pratiquerait la section du col du condyle, ou la résection articulaire, comme il sera dit plus loin.

Dans les cas où l'étendue des brides cicatricielles postérieures ne permet pas d'espérer que l'opération de Le Dentu donne une mobilisation suffisante, alors l'on est réduit à créer en avant de l'obstacle une pseudarthrose sur le corps du maxillaire. Pour ce faire, à la simple section osseuse conseillée par Rizzoli, l'on préférera, comme Esmarch, la résection d'un fragment rectangulaire ou triangulaire à base inférieure. Levrat recommande d'opérer sans pénétrer dans la bouche; par une incision le long du bord inférieur de la mâchoire, il décolle le périoste sur les deux faces de l'os, et à l'aide d'une pince coupante fait la section ou la résection entre la dernière molaire et le bord antérieur de la branche montante. Comme la néarthrose doit se trouver en avant des brides cicatricielles, la section en arrière de la dent de sagesse n'est pas toujours acceptable.

Cette méthode, même lorsqu'on obtient une ouverture suffisante de la bouche, ne fournit au point de vue de la mastication qu'un résultat médiocre. Cela s'explique sans peine, car, par suite de la néarthrose, il existe deux centres de mouvements qui ne sont pas situés sur le même axe transversal, l'un au niveau de l'articulation temporo-

maxillaire, l'autre en avant de la branche montante du côté malade. De plus les muscles masticateurs n'agissent plus que sur une moitié du maxillaire.

S'il existe une ankylose articulaire, sans que les parties molles interviennent pour fixer la mâchoire, ou si l'on constate sa présence après libération de ces dernières, par exemple, suivant le procédé de Le Dentu, alors ou bien l'on sectionne le col du condyle, la branche montante elle-même, ou bien l'on procède à la résection de l'article.

Cette intervention par la résection temporo-maxillaire ou l'ostéotomie à la partie supérieure de la branche montante est seule applicable, lorsqu'il existe une constriction articulaire bilatérale. En effet, il est évident que l'établissement d'une pseudarthrose de chaque côté sur le corps du maxillaire, suivant le procédé d'Esmarch, ne fournirait qu'une mâchoire mobile mais dépourvue de muscles éleveurs, et par suite la mastication resterait impossible.

MALFORMATIONS DES MACHOIRES (1).

ABSENCE DE DÉVELOPPEMENT. — Chez certains monstres, la face est absente, il y a *aprosopie*. Chez d'autres, le maxillaire inférieur fait défaut, il y a *agnathie*. Au point de vue chirurgical, ces faits offrent peu d'intérêt : par contre, il en est autrement lorsque la difformité résulte d'un *arrêt de développement*.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT. — C'est par suite d'un arrêt de développement normal des bourgeons faciaux que se produisent ces lésions variées des mâchoires qui, sous la dénomination générale de *bec de lièvre*, ont été étudiées par M. Le Dentu dans ce volume (Voy. p. 698 et suiv.). Nous n'avons pas à y revenir, seul doit nous retenir cet arrêt de développement du maxillaire inférieur, qui aboutit à la *fissure de la lèvre inférieure*. Lésion très rare, résultant de la non-coalescence sur la ligne médiane des deux arcs maxillaires inférieurs, la *fissure médiane de la lèvre inférieure* se traduit par une simple encoche, une division de toute la hauteur de la lèvre inférieure ou un sillon cicatriciel, au-dessous desquels peut exister une solution de continuité du maxillaire inférieur.

Au lieu de subir un arrêt complet, le développement des mâchoires parfois reste pour ainsi dire insuffisant; tel est le cas chez certains enfants idiots. Chez eux, l'*atrophie du maxillaire inférieur* est tel que leur menton à peine dessiné, fuyant, donne à leur physionomie quelque chose d'une face de grenouille. Par suite de cette difformité, les deux arcades dentaires ne se correspondent pas, l'inférieure se trouve en retrait par rapport à la supérieure. La gêne de la mastica-

(1) LANNELONGUE et MÉNARD, Affections congénitales, t. I, 1894. — A. BROCA, *Traité de chir.*, t. V, 1896.

tion est toutefois atténuée par suite de la mobilité extrême de l'articulation temporo-maxillaire.

Parfois le développement est *incomplet et asymétrique*, et cela non seulement au point de provoquer une asymétrie faciale fort disgracieuse, mais encore d'entraîner une gêne notable de la mastication. Chez une malade de Richelot et Routier, l'une des moitiés du maxillaire inférieur se trouvait déjetée latéralement et en bas, décrivant une courbe toute différente de la moitié opposée et de celle de l'arcade supérieure. La mastication, difficile depuis l'enfance, était, avec l'âge, devenue impossible du côté asymétrique, et il ne fallut rien moins qu'une résection orthopédique pour corriger cette difformité.

Le développement incomplet s'observe encore surtout à la mâchoire inférieure à la suite de traumatismes ou d'inflammations subis pendant la première enfance; il se traduit d'ordinaire par l'atrophie d'une moitié de l'os.

EXCÈS DE DÉVELOPPEMENT. — Sous cette rubrique peuvent être rangés, indépendamment des faits exceptionnels de *duplicité de la face*, de *diplogénèse vraie* des mâchoires, les cas de *tumeurs congénitales complexes greffées sur un des maxillaires*. On dit alors qu'il y a *polygnathie*. Étymologiquement, on ne devrait qualifier de *polygnathes* que les sujets porteurs d'une tumeur reproduisant plus ou moins les caractères d'un maxillaire, mais, en réalité, le plus souvent il s'agit de simples masses osseuses et polykystiques.

Si la tumeur s'insère sur la mâchoire supérieure, il y a *épignathie*, difformité exceptionnelle. Plus intéressante est l'*hypognathie*. Le maxillaire surnuméraire est implanté ordinairement par sa symphyse près de la symphyse du maxillaire inférieur.

Tantôt il y a continuité osseuse entre l'os et la tumeur, tantôt l'union est due à l'interposition de parties molles, ou encore la tumeur est véritablement pédiculée (*myognathes* et *desmiognathes* de Geoffroy Saint-Hilaire). Dans certains cas, la polygnathie est associée à une fissure osseuse.

Plus ou moins bien conformé, le maxillaire surnuméraire renferme des follicules dentaires des première ou deuxième dentitions; les canines et les incisives sont d'ordinaire au complet. A la place des molaires existe une tumeur polykystique qui, par sa structure et son contenu, rappelle les kystes ordinaires des mâchoires, masse de consistance inégale, la tumeur fait plus ou moins saillie vers la joue, le cou ou l'intérieur de la bouche. Par son volume elle peut causer des accidents de dystocie (Lafont et Nepveu), par son poids provoquer la luxation de l'articulation temporo-maxillaire ou encore gêner la respiration. Chez certains enfants, elle continue de grossir après la naissance; chez d'autres, des kystes suppurent, donnent lieu à des fistules intarissables, tandis que des dents font éruption à travers la peau.