

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 *diplogenèse 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.

Si la tumeur ne gêne pas la succion, la déglutition, la respiration, il est indiqué d'attendre avant d'intervenir que l'enfant ait acquis quelque résistance, surtout si l'ablation expose à une perte de sang relativement importante.

L'excès de volume du menton, le *prognathisme* exagéré que présentent certaines personnes, mérite à peine d'être signalé comme un excès de développement du maxillaire. Très intéressant est le *développement exagéré de l'apophyse coronéide*, dont la saillie parfois est telle qu'il est indiqué d'en réséquer l'extrémité pour permettre les mouvements normaux de la mâchoire.

VICES DE DÉVELOPPEMENT. — Il est encore une catégorie de malformations des mâchoires qui résultent d'obstacles mécaniques à leur développement normal. C'est ainsi que Guéniot a vu chez un fœtus une bride amniotique mettre obstacle au développement du maxillaire supérieur et y provoquer une encoche profonde entre la canine et la première molaire. S'appuyant sur cette pièce, A. Broca n'a pas hésité à écrire qu'à la face, comme partout ailleurs, on observe des *amputations congénitales*.

Dans d'autres cas, l'absence ou l'écartement des os du palais ont été provoqués par la présence d'une tumeur insérée dans le naso-pharynx, les fosses nasales, ou à la base du crâne, dans l'encéphale lui-même.

Autrement la *mâchoire inférieure est refoulée en avant* par une tumeur de la langue. Des cicatrices, des tumeurs des lèvres exercent sur les os en formation des actions analogues. Il n'est pas jusqu'au ramollissement osseux provoqué par le rachitisme qui ne permette une déformation spéciale. Par suite de l'action des muscles génio-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens et masséters, la partie antérieure du maxillaire inférieure s'aplatit, tandis que les parties postérieures basculent de telle façon que le bord alvéolaire est déjeté en dedans et le bord inférieur évasé en arrière. Sur le maxillaire supérieur, rétréci au niveau de l'insertion des arcades zygomatiques, le bord alvéolaire est déjeté en dehors.

Pour compléter ce qui vient d'être dit, il nous reste à signaler les MALFORMATIONS DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE; son *ankylose congénitale*, qui est exceptionnelle, et ses *luxations congénitales*. Mieux vaudrait dire *malformations* que *luxations*, car il existe non seulement une laxité anormale de la capsule et une déformation des surfaces articulaires, mais encore des lésions plus complexes : la cavité glénoïde est absente, la racine transverse ne fait pas de relief; le condyle, voire même la branche montante du maxillaire inférieur, font défaut. Ces désordres, de plus, s'observent de règle chez des fœtus monstrueux.

FIN DU TOME V.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME V

MALADIES DE L'OEIL

Par A. TERSON

Marche à suivre dans l'examen clinique de l'œil.....	2
Anomalies de la réfraction.....	7
Anesthésie oculaire, 10. — Antisepsie, 12. — Instruments.....	14
I. Maladies des paupières.....	17
Traumatismes, 18. — Œdème, 19. — Inflammations, 19. — Dermatoses, 22. — Complications des blépharites, 25. — Inflammations des glandes de Meibomius, 27. — Lésions syphilitiques, 30. — Parasites, 32. — Tumeurs, 32. — Déviations du bord ciliaire, 41. — Anomalies congénitales.....	15
Affections de la caroncule.....	52
II. Maladies de l'appareil lacrymal.....	53
Glandes lacrymales.....	53
Traumatismes, 54. — Inflammations, 55. — Troubles fonctionnels, 56. — Corps étrangers, calculs et parasites, 57. — Tumeurs.....	58
Opérations.....	58
Voies lacrymales.....	60
Points et conduits lacrymaux, 60. — Dacryocystites, 61. — Tumeurs, corps étrangers, anomalies congénitales.....	66
III. Maladies de la conjonctivite.....	72
Traumatismes, 75. — Congestion simple.....	75
Conjonctivites sécrétantes.....	76
Conjonctivites végétantes.....	92
Éruptions conjonctivales.....	103
IV. Maladies de la cornée.....	118
Ulcères et abcès de la cornée.....	120
Kératites épithéliales et sous-épithéliales.....	125
Kératites parenchymateuses.....	128
Kératite neuro-paralytique.....	132
Complications des lésions cornéennes, 135. — Kératocone, 141. — Kératoglobule, 141. — Tumeurs.....	144
V. Maladies de la sclérotique.....	145
Épisclérite, 145. — Sclérites, 149. — Sclérochoroïdites, 150. — Staphylocomes, 152. — Hyperplasies, 153. — Pigmentation anormale.....	153
VI. Maladies de l'iris et de la choroïde.....	154
Iritis et irido-cyclites.....	154
Choroïdites.....	167