

est détruite sur une grande étendue, il est rare que l'on réussisse à prévenir les conséquences graves que l'on redoutait.

La stomatite mercurielle présente souvent une analogie bien évidente avec le processus morbide décrit sous le nom de **noma** ; ce dernier peut, en effet, déterminer des destructions semblables à celles que nous venons de décrire. Il est même très probable que bon nombre de cas d'ulcérations gangréneuses de la bouche, désignées autrefois en Allemagne sous le nom de **cancer aqueux** (Wasserkrebs), et en France sous celui de **noma**, doivent être considérés comme la conséquence d'inflammations d'origine mercurielle.

§ 78. — Parmi les différents processus inflammatoires de la cavité buccale, il nous reste encore à mentionner les **abcès** qui se développent parfois aux dépens des follicules de la muqueuse. Le meilleur mode de traitement consiste à les inciser par la voie buccale ; ils n'ont du reste aucune conséquence grave. Quant aux inflammations qui ont pour point de départ les dents ou les maxillaires, nous en parlerons à propos des maladies de ces parties. Par contre, nous devons encore dire quelques mots d'un néoplasme qu'il n'est pas très rare d'observer à la face interne des joues, et qui peut déterminer une gêne dans les mouvements du maxillaire au même degré que les processus inflammatoires que nous venons de décrire : nous voulons parler du **carcinome**. Suivant divers auteurs (THIERSCH, O. WEBER), ainsi que d'après nos propres observations, le carcinome de cette région se présente le plus souvent sous la forme molle, médullaire. Le néoplasme a son point de départ soit au milieu de la joue, soit au niveau des culs-de-sac de la muqueuse, soit enfin dans les points qui sont également exposés aux processus inflammatoires, c'est-à-dire dans les replis que forme la muqueuse en arrière des dents de sagesse. Au point de vue étiologique, il importe de prendre en considération l'irritation fréquente de la muqueuse de ces régions par des arêtes tranchantes de dents cariées (O. WEBER).

Tantôt le carcinome envahit la joue sur une large surface en affectant volontiers la forme papillaire fortement crevassée, tantôt il s'étend également à la muqueuse alvéolaire, au maxillaire lui-même, et, en arrière, aux piliers du voile du palais et aux amygdales.

Tant que les limites du carcinome permettent encore d'en tenter l'extirpation, il est certainement indiqué de se créer un libre accès vers la tumeur par des procédés variables suivant le siège de cette dernière, et consistant, soit à sectionner la joue à sa partie moyenne, soit à la détacher en haut ou en bas, au niveau du point de réflexion de la muqueuse sur le rebord alvéolaire. Ce n'est qu'à cette condition que l'on réussit à extirper le néoplasme complètement de façon à éviter autant que possible des récidives, et à pratiquer au besoin des résections partielles du rebord alvéolaire supérieur ou inférieur.

Il est évident que plus on observera rigoureusement la règle qui exige

que l'on extirpe largement la tumeur avec une zone de tissus sains, et plus on exposera l'opéré aux conséquences de la rétraction cicatricielle de la muqueuse. On devra donc s'efforcer, aussitôt l'extirpation terminée, de réparer autant que possible la perte de substance qu'a subie la muqueuse. On peut emprunter dans ce but à la face interne des lèvres un lambeau pédiculé, auquel on imprime un mouvement de torsion pour lui faire prendre la place qu'il doit occuper. Cette opération peut donner un bon résultat, alors même que le lambeau de muqueuse ne recouvre pas toute la perte de substance et est fixé simplement à la surface saignante de la joue par quelques points de suture. Dans quelques cas, il y a peut-être possibilité d'obtenir un bon résultat en empruntant à la face ou au cou un lambeau pédiculé que l'on retourne simplement et que l'on applique sur la surface saignante, de façon que sa face externe épidermique regarde l'intérieur de la bouche. On laisse alors provisoirement ouverte la partie de la plaie d'extirpation du néoplasme par laquelle passe le pédicule du lambeau que l'on a amené dans la cavité buccale. Plus tard, on fermera la fistule lorsque le moment sera venu de pratiquer une résection partielle du maxillaire inférieur (ROSER, voir plus loin), dans le but de créer une pseudarthrose en avant de la partie réséquée et de la perte de substance de la muqueuse résultant de l'extirpation du néoplasme.

Constriction cicatricielle des mâchoires (ou fausse ankylose)

§ 79. — Il est très rare qu'une gêne dans les mouvements de la mâchoire soit la conséquence d'une ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire. Le plus souvent, ce trouble fonctionnel est le résultat des processus morbides décrits dans le paragraphe précédent. Les inflammations intéressant le maxillaire, surtout, par exemple, celles qui se produisent dans la région des dents de sagesse, déterminent parfois une contracture passagère qui peut devenir fort gênante lorsqu'il s'agit de pratiquer une opération, telle que l'avulsion d'une dent ; on est alors obligé de se servir d'un levier double pour obtenir l'écartement nécessaire des mâchoires. Nous conseillons, dans ce but, l'emploi de l'**écarteur** de ROSER décrit plus loin (Voir *maladies du cou*, § 66), ou de l'ancien spéculum buccal de HEISTER. Les contractures de ce genre sont d'ailleurs passagères et de peu d'importance. Il n'en est pas de même de la constriction cicatricielle dont nous avons surtout à nous occuper ici, et qui est due essentiellement à la destruction de la muqueuse des joues et des culs-de-sac gingivo-buccaux et à la formation de brides cicatricielles plus ou moins larges en lieu et place de cette membrane. En parlant de la stomatite mercurielle, nous avons fait connaître les conditions mécaniques de la constriction cicatricielle, et il ne nous reste que peu de choses à dire sur ce sujet.