

Il nous semble que dans nombre de cas on réussirait ainsi à épargner au malade les opérations dont nous allons parler, et qui, tout en n'étant pas dépourvues de dangers, ne peuvent donner que de maigres résultats.

Déjà avant ESMARCH plusieurs chirurgiens avaient imaginé et même mis en pratique le procédé opératoire consistant à laisser intactes les adhérences cicatricielles, et à créer une pseudarthrose à la partie antérieure du maxillaire inférieur; la portion de l'os située en avant de la nouvelle articulation peut ainsi suivre les mouvements d'élévation et d'abaissement qu'exécute la branche horizontale du maxillaire du côté opposé. Mais c'est ESMARCH le premier qui a rendu vraiment pratique cette opération en précisant le point au niveau duquel doit être faite la section de l'os. Il est évident que ce point ne peut siéger qu'en avant des adhérences qui fixent l'un contre l'autre les deux maxillaires; c'est cette partie ainsi immobilisée qui devra servir de base fixe aux mouvements de la nouvelle articulation. ESMARCH fut amené à cette conclusion par l'observation d'un cas dans lequel une gangrène de la joue survenue à la suite d'une fièvre typhoïde avait déterminé, au niveau de la cicatrice, une nécrose du maxillaire, laquelle à son tour avait donné lieu à une pseudarthrose mobile dans le point correspondant.

La publication de cette observation engagea WILMS à pratiquer simplement par un trait de scie la section du maxillaire; d'autre part, une année auparavant, RIZZOLI avait déjà tenté cette opération par la bouche à l'aide de cisailles ostéotomes. Les opérateurs qui se sont servis de cette méthode, sont loin d'être d'accord au sujet de son utilité; tandis que la plupart des chirurgiens allemands et français ont vu la récurrence succéder de près à l'opération, RIZZOLI n'aurait obtenu que de bons résultats suivant une communication qu'il a faite à VERNEUIL, et, cependant, cet opérateur se servait en quelque sorte de la méthode sous-cutanée: après avoir fortement attiré en avant et en bas la lèvre inférieure il incisait la muqueuse à la face interne du maxillaire, introduisait l'une des branches des cisailles jusqu'à la base de l'os et se contentait de sectionner simplement ce dernier. Dès le principe ESMARCH avait conseillé de mettre à nu le maxillaire à l'endroit où l'on veut créer une pseudarthrose, et de réséquer l'os dans toute son épaisseur sur une longueur d'environ trois centimètres. Cette idée fut bientôt mise à exécution par WILMS et ESMARCH lui-même. La portion excisée devait avoir la forme d'un coin à base dirigée en bas.

Dans un certain nombre de cas graves on a vu des récurrences survenir même à la suite d'opérations pratiquées d'après cette dernière méthode. Il est clair que l'on devra d'autant plus s'attendre à une récurrence que l'on aura conservé plus de périoste, et laissé plus longtemps dans l'immobilité les extrémités osseuses destinées à former la nouvelle articulation. Mais on sera bien plus assuré du succès si l'on a soin de créer des conditions

aussi favorables que possible à la formation d'une pseudarthrose pourvue d'un tissu interosseux peu épais et extensible. C'est par la résection de l'os sur une étendue suffisante que l'on obtiendra le mieux ce résultat. On ne négligera pas, d'autre part, d'imprimer de bonne heure des mouvements au segment antérieur de la mâchoire et de produire l'élongation du tissu cicatriciel. VERNEUIL, de son côté, a attiré l'attention des chirurgiens sur la possibilité d'interposer des parties molles entre les extrémités osseuses après la résection, dans le but d'obtenir encore plus sûrement une pseudarthrose.

Nous ne pouvons passer sous silence que l'on a déjà observé plusieurs cas de mort par pyémie à la suite de l'opération que nous venons de décrire. Aujourd'hui une pareille terminaison n'est plus guère à redouter à condition que l'on opère avec les précautions de la méthode antiseptique, et que l'on ait soin de faire des applications d'iodoforme dans la cavité buccale.

III. MALADIES DES MAXILLAIRES.

a. Des processus inflammatoires des maxillaires et de leurs conséquences. Ostéite, périostite, carie et nécrose.

§ 81. — Les processus inflammatoires dont les maxillaires supérieur et inférieur peuvent devenir le siège, offrent entre eux assez d'analogies pour qu'il nous paraisse utile de les comprendre dans une même description.

Dans la grande majorité des cas ce sont les maladies de l'appareil dentaire qui déterminent les affections inflammatoires des maxillaires. Nous renvoyons au chapitre consacré aux maladies des dents la description du phlegmon connu sous le nom de **parulie** ou **d'abcès dentaire**, et nous nous bornons à faire remarquer ici que les nécroses du rebord alvéolaire à la suite d'abcès dentaires sont très rares relativement à la fréquence de ces derniers, et qu'il est encore plus rare de voir ces nécroses occuper une étendue quelque peu considérable. C'est surtout à la suite d'abcès sous-périostaux à contenu putride, et dont on a différé très longtemps l'ouverture, que l'on observe des nécroses du maxillaire, et encore celles-ci sont-elles le plus souvent circonscrites, c'est-à-dire qu'elles ne s'étendent presque jamais au delà du rebord alvéolaire. Quelquefois cependant la nécrose est plus étendue et intéresse, par exemple, toute une branche du maxillaire inférieur jusqu'à la tête articulaire, laquelle peut même se mortifier également. Ces vastes nécroses s'observent surtout à la suite de phlegmons putrides d'origine dentaire, restés longtemps sans traitement, et survenant chez des individus âgés. Souvent elles se développent à la suite de manœuvres violentes d'avulsion de dents cariées, et l'on se demande, lors de l'extraction du séquestre, si la nécrose n'aurait

pas été favorisée dans ces cas par quelque fracture due à la maladresse de l'opérateur.

Cependant on observe aussi sur d'autres points des maxillaires, des processus inflammatoires circonscrits indépendamment de toute affection dentaire. Ainsi, chez les enfants scrofuleux, le corps du maxillaire supérieur, le plus souvent à son point d'union avec l'os malaire, ou plus en dedans, au niveau du rebord inférieur de l'orbite, est assez souvent le siège de nécroses qui s'étendent également à l'os de la pommette. Dans ces cas il s'agit probablement presque toujours d'une tuberculose osseuse, et il semble que cette affection revête relativement souvent les caractères de la nécrose tuberculeuse. De l'intérieur de l'os, le processus tuberculeux se propage volontiers sous le périoste, par exemple dans la direction de l'orbite, et détermine des abcès secondaires et une inflammation granuleuse de l'os bien au delà du foyer morbide primitif. Parfois aussi, dans les mêmes conditions, on voit se développer au niveau du maxillaire inférieur une ostéite raréfiante qui se complique de la formation de séquestres résultant d'une carie nécrotique de la portion spongieuse du corps de cet os. Cette forme morbide est aussi très probablement toujours de nature tuberculeuse.

La **syphilis** peut également donner lieu à des nécroses le plus souvent circonscrites, mais quelquefois assez étendues. Dans certains cas, la nécrose est la conséquence d'ulcérations spécifiques d'abord complètement indépendantes de l'os sous-jacent, tandis que d'autres fois la nécrose ou la carie ont été précédées de la formation de gonges de l'os ou du périoste. Les pertes de substance qui en résultent ont une certaine importance, surtout dans les points où on les observe le plus souvent, c'est-à-dire au niveau de la voûte palatine; lorsque la perforation s'étend à la couche muco-périostée qui tapisse les deux surfaces de l'os, une communication anormale se trouve ainsi établie entre la bouche et la cavité nasale. D'autres régions, telles que principalement les rebords alvéolaires et les apophyses montantes, peuvent être également le siège d'une carie ou d'une nécrose d'origine syphilitique.

En parlant des lésions traumatiques des maxillaires, nous avons déjà fait remarquer qu'elles étaient rarement suivies de nécrose. Par contre, les ulcérations gangréneuses (noma, ulcérations mercurielles ou syphilitiques) qui mettent à nu la surface des maxillaires, sont parfois la cause de destructions osseuses. Les néoplasmes qui se développent sur le maxillaire ou dans l'épaisseur de ce dernier, entraînent de la même manière l'usure et la disparition du tissu osseux, ou bien ils envahissent la substance osseuse elle-même et la détruisent de la même manière que l'ostéite granuleuse. Quelquefois aussi les tumeurs déterminent une nécrose circonscrite d'étendue variable, surtout lorsqu'elles sont devenues le siège d'une fonte putride.

§ 82. — A la suite des processus inflammatoires circonscrits dont nous

venons de parler, nous avons à étudier les **périostites diffuses** qui envahissent une étendue considérable du maxillaire, parfois une moitié de cet os et même l'os tout entier.

Il y a longtemps déjà que l'on a appris à connaître les inflammations de ce genre intéressant surtout les maxillaires supérieurs et donnant lieu à des nécroses étendues de ces os. De même que pour les os longs, on a observé que cette affection osseuse survient de préférence chez les enfants. La périostite diffuse des maxillaires accompagne parfois des inflammations d'autres parties du squelette; elle affecte alors une marche suraiguë et se présente sous la forme d'un phlegmon plus ou moins intense, quelquefois même gangréneux, capable de déterminer une nécrose très étendue. L'apparition de cette forme de périostite à la suite d'**exanthèmes aigus** (rougeole, scarlatine, variole, etc.) avait engagé **SALTER** à la désigner sous le nom de périostite exanthématique, de même que les formes plus légères d'inflammations dont nous allons parler. Mais, comme je l'ai observé moi-même, ces processus inflammatoires se développent aussi en dehors de tout exanthème, et paraissent avoir une origine infectieuse sans que nous soyons toujours à même de comprendre comment l'infection a pu se produire. Bien souvent, cependant, on doit admettre que la cause de l'infection réside dans la décomposition putride des liquides de sécrétion de la bouche, et il est bien possible qu'à la suite de maladies de longue durée, ces liquides acquièrent des propriétés infectieuses. Dans d'autres cas l'inflammation revêt les caractères des affections ostéomyélitiques aiguës des os longs. Les formes bénignes se rattachent aux formes graves que nous venons de décrire par les conditions dans lesquelles elles se développent, par leur apparition à la suite d'exanthèmes, et enfin par leur mode d'évolution. Elles intéressent également de préférence le maxillaire supérieur, mais affectent quelquefois aussi le maxillaire inférieur, comme je puis l'affirmer d'après mes propres observations. Le rebord alvéolaire d'un côté devient alors le siège d'un phlegmon suppuré étendu avec tuméfaction de la face et symptômes fébriles. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'inflammation se termine par la production d'une nécrose plus ou moins étendue qui, toutefois, ne dépasse pas ordinairement les limites du rebord alvéolaire. Comme cette maladie se développe surtout avant l'époque de la seconde dentition, les dents de lait de la région correspondante sont presque toujours perdues, et il en est souvent de même des germes des dents définitives.

§ 83. — Le maxillaire inférieur mérite une mention spéciale au point de vue de la marche des abcès provenant d'inflammations de l'os et du périoste. Tandis que les abcès siégeant sur le maxillaire supérieur, surtout au niveau du rebord alvéolaire, s'ouvrent volontiers à travers la gencive, le contenu des foyers purulents situés à la face antérieure ou postérieure du maxillaire inférieur a une tendance bien marquée à descendre dans