

l'apparition des premiers symptômes, on interdit aux malades l'entrée dans la fabrique, lorsqu'on les oblige à se nettoyer fréquemment la bouche avec des solutions désinfectantes, et qu'on leur prodigue l'air pur et une nourriture fortifiante. Par contre, les opinions varient encore actuellement sur la question de savoir à quelle époque une intervention chirurgicale est indiquée dans les cas de nécrose confirmée du maxillaire. Les uns sont d'avis de temporiser, les autres veulent, au contraire, opérer de bonne heure, et chacune des deux opinions est soutenue par des chirurgiens de grand renom.

Si l'on considère la nécrose phosphorée comme une nécrose ordinaire, développée sous l'influence du phosphore — et cette manière de voir est certainement justifiée dans un certain nombre de cas — il est évident que l'on fera bien d'attendre qu'il existe autour du séquestre une coque osseuse de nouvelle formation capable de remplacer le maxillaire, et que le séquestre soit suffisamment détaché pour que l'on puisse l'extraire par des ouvertures déjà existantes et pouvant être agrandies au besoin. Dans les cas de ce genre, les partisans de la méthode conservatrice ont évidemment raison (LORINSER, BAUM, etc.). Mais nous avons vu, dans notre résumé anatomo-pathologique, que la marche de la maladie est loin d'être toujours favorable, que souvent la coque osseuse de nouvelle formation est frappée elle-même de nécrose, que dans beaucoup de cas, enfin, le séquestre ne se détache que très lentement de l'os nouveau, si bien que le malade peut succomber aux conséquences de la suppuration et à l'inanition, avant même que la délimitation ait eu le temps de s'opérer. Dans ces conditions, il est évidemment préférable d'intervenir de bonne heure par une opération, au risque même de se trouver en présence de difficultés considérables, et de priver le malade des avantages d'une coque osseuse complètement développée (V. LANGENBECK, SCHUH, PITHA, BILLROTH, etc.¹). Le chirurgien peut même se voir obligé de pratiquer une désarticulation du maxillaire inférieur ou une résection du maxillaire supérieur. Toutefois, dans les cas moins urgents, on a cherché à atténuer la gravité de l'opération, et, parmi les chirurgiens allemands, PITHA et SCHUH, principalement, se sont efforcés d'extraire, autant que possible par la bouche, les parties nécrosées du maxillaire inférieur. BILLROTH a très heureusement modifié le procédé opératoire en respectant soigneusement le périoste et les ostéophytes de nouvelle formation. A l'aide d'une scie passe-partout, on divise l'os à la limite du tissu sain ; on détache le périoste avec les ostéophytes

1. D'après RICHET, il convient d'opérer avant la mobilisation du séquestre. MAISONNEUVE, VERNEUIL et A. GUÉRIN, tout en adoptant d'une manière générale la méthode de la résection tardive après mobilisation du séquestre, veulent qu'on opère si la santé générale est sérieusement altérée par l'abondance de la suppuration et la déglutition du pus. DUPLAY est du même avis (Follin et Duplay, *Pathol. ext.*, IV, p. 737).

(Note du traducteur.)

au moyen de rugines et d'élévatoires, en s'aidant, çà et là, d'incisions pratiquées directement sur l'os à l'aide du bistouri ; au besoin, on arrache le condyle articulaire en imprimant au maxillaire des mouvements de torsion. Dans un des comptes rendus de la clinique de Vienne (1869-70), Billroth a publié un certain nombre de cas opérés ainsi avec succès. Dans les résections pour cause de périostite phosphorée, le pronostic est bien meilleur que lorsqu'il s'agit d'une tumeur du maxillaire (*Voir résection du maxillaire*).

§ 87. — Comme appendice aux affections inflammatoires, nous rappelons ici au lecteur les états d'hypertrophie des os de la face que l'on rencontre habituellement en même temps que des poussées pathologiques semblables intéressant le crâne. On les observe, à un degré plus ou moins prononcé, aussi bien au maxillaire supérieur qu'à la mâchoire inférieure (léontiasis, éléphantiasis).

b. Maladies du maxillaire supérieur

α. Suppuration et hydropisie du sinus maxillaire

§ 88. — Il est hors de doute que le sinus maxillaire devient quelquefois le siège d'une collection purulente. De même que pour les sinus frontaux, la suppuration peut être la conséquence de la propagation d'un catarrhe de la muqueuse nasale. Le malade accuse alors une sensation douloureuse dans la région du maxillaire supérieur, et s'il se couche sur le côté opposé à la lésion, on voit s'écouler par le nez une certaine quantité d'un liquide muco-purulent provenant de l'antre d'Hygmore. Si cette suppuration d'origine catarrhale est en somme rare, la cause doit en être cherchée dans les caractères de la muqueuse du sinus, laquelle est très mince et délicate et ne contient qu'un très petit nombre de glandes. On ne saurait toutefois nier l'existence de cette forme morbide, et il est bien possible que l'on doive ramener à une inflammation catarrhale certains cas, rares il est vrai, dans lesquels, à la suite d'écoulements provenant du sinus maxillaire, on a rencontré dans ce dernier des masses caséuses, qui sortaient même par l'orifice du sinus, et obstruaient la fosse nasale correspondante (MAISONNEUVE, WILLRICH).

Mais bien souvent la cause de ces suppurations doit être cherchée dans des états pathologiques des dents et de leurs racines. Ainsi, il peut se faire qu'une racine dentaire perfore le fond de l'alvéole et propage l'inflammation au sinus maxillaire, ou bien que l'ostéite provenant d'une racine malade se continue jusque sous le périoste du sinus. Ainsi peut se former un abcès sous-périostal de la paroi inférieure de ce dernier, ou bien le pus perfore la muqueuse et se déverse dans l'antre d'Hygmore ; mais il arrive aussi quelquefois que la racine malade faisait déjà auparavant