

dans les voies respiratoires, on voit survenir une pneumonie lobulaire qui entraîne facilement la mort même chez les individus jeunes et vigoureux, mais surtout chez les personnes faibles et d'un âge avancé. Cette affection des poumons est connue sous le nom de *pneumonie par déglutition* (ou par aspiration). De fait, l'introduction d'aliments dans la trachée par suite de troubles de la déglutition ne joue ici qu'un rôle très secondaire. Il s'agit essentiellement de la pénétration dans les voies respiratoires de particules de substances putrides provenant de la plaie ou des cavités buccale et pharyngienne; quelquefois même des fragments assez volumineux de ces substances arrivent dans les bronches lorsque le malade avale de travers ou est pris de vomissements, ou bien ils y sont entraînés par l'air au moment de l'inspiration. Ces corps étrangers provoquent des foyers de pneumonie lobulaire septique. Lorsque du sang s'est écoulé dans la trachée pendant l'opération et n'a pu être ensuite complètement évacué, la décomposition de ce liquide peut avoir les mêmes conséquences. Le danger de cette pneumonie infectieuse est d'autant plus grand que la bouche contient plus de matières en putréfaction (dents cariées, malpropres, entourées d'une grande quantité de tartre), ou que la tumeur a plus de tendance à la fonte putride et à l'ulcération, comme c'est le cas surtout pour les carcinomes épithéliaux. Nous pouvons diminuer ce danger d'une façon très notable en ayant soin de pratiquer déjà avant l'opération des lavages répétés de la bouche avec des liquides désinfectants, le nettoyage des dents, et enfin la désinfection de la surface ulcérée du carcinome. Mais le pronostic de ces opérations s'est considérablement amélioré depuis que l'on se sert de l'iodoforme pour le traitement consécutif. Avant de pratiquer la suture, on saupoudre légèrement la plaie d'iodoforme, puis, la suture terminée, on bourre de gaze iodoformée toute la cavité laissée par la résection du maxillaire. Cette gaze fait corps avec la surface de la plaie, elle prévient les hémorragies et empêche toute décomposition putride. La pneumonie lobulaire est à peu près inconnue depuis que l'on se sert de ce mode de traitement, lequel présente en outre l'avantage de permettre de faire prendre au malade sans inconvénient, à l'aide d'une cuiller, des aliments mous et des boissons. Dans d'autres cas l'alimentation présente des difficultés, et l'on est obligé alors d'introduire des aliments liquides au moyen d'un vase muni d'un long tube d'écoulement, ou bien on se servira dans ce but de la sonde œsophagienne. Le tampon doit être habituellement laissé à demeure pendant 40 à 45 jours, et on le remplace par un autre au bout de ce temps. Ce n'est qu'après la guérison complète de la plaie que l'on autorisera le malade à porter un dentier avec un obturateur palatin.

## c. Maladies du maxillaire inférieur

## α. Maladies de l'articulation temporo-maxillaire.

§ 102. — Nous avons déjà traité en grande partie les lésions traumatiques du maxillaire inférieur ainsi que les processus inflammatoires et leurs conséquences.

Parmi les maladies inflammatoires il nous reste à étudier l'**inflammation de l'articulation temporo-maxillaire** ainsi que les conséquences qu'elle peut entraîner.

On observe parfois une constriction passagère des mâchoires accompagnée de douleurs et d'un gonflement de la région de l'articulation, symptômes qui disparaissent à la suite de l'application de substances irritantes (teinture d'iode, vésicatoires) sur la peau de la région temporo-maxillaire. Il s'agit évidemment là d'une **hydarthrose**. Bien plus souvent, cependant, la constriction est la conséquence de processus inflammatoires douloureux qui surviennent dans la cavité buccale au niveau des dernières molaires (dents de sagesse), ou du repli de la muqueuse qui réunit dans cette région les deux mâchoires.

L'**arthrite fongueuse suppurée** de l'articulation temporo-maxillaire est assez rare; par contre il arrive plus souvent que l'articulation soit envahie secondairement à la suite d'un processus inflammatoire siégeant dans son voisinage, par exemple au niveau de la portion pétreuse du temporal. Ces arthrites secondaires ne sont pas toujours suivies d'ankylose; parfois même la mobilité persiste à la suite d'une destruction du condyle par carie, parce qu'une partie seulement de l'articulation se trouve alors détruite. Pour ce même motif nous voyons ordinairement la mobilité rester parfaitement intacte à la suite de l'extraction de séquestres intéressant toute la tête articulaire. — Dans les fractures de la mâchoire inférieure il arrive aussi assez souvent que l'inflammation se propage à l'articulation temporo-maxillaire.

On a vu quelquefois des **abcès** se former dans l'articulation de la mâchoire. A la suite des fièvres exanthématiques, et surtout de la scarlatine, on voit survenir également des arthrites à symptômes peu accusés, et qui cependant peuvent se terminer par l'ankylose.

L'**arthrite déformante** atteint quelquefois l'articulation temporo-maxillaire, surtout dans les cas où cette maladie intéresse d'une façon générale le squelette de la moitié supérieure du corps (colonne vertébrale, articulation occipito-atloïdienne). Elle présente les mêmes altérations que dans les autres articulations, à savoir la transformation velvétique des cartilages, la disparition du ménisque interarticulaire, l'éburnation et l'usure du condyle, enfin le changement de forme de la cavité glénoïde; tandis que les surfaces articulaires subissent ces altéra-