

Si l'on n'enlève pas largement toute la tumeur et sa surface d'implantation, les récidives locales sont toujours à craindre.

4° *Ostéomes*. — C'est sur le maxillaire inférieur qu'on les rencontre d'ordinaire; plus ou moins arrondis, durs, lisses, ils ne dépassent pas le volume d'une aveline; ils se développent lentement, siègent presque toujours à l'angle de la mâchoire ou au niveau du trou mentonnier. Reliés fréquemment à la syphilis, ils sont justiciables du traitement spécifique ou encore de l'extirpation s'ils viennent à gêner les mouvements de la mâchoire.

A ces ostéomes des maxillaires nous joindrons une affection curieuse et rare dont déjà nous avons dit un mot (t. I, p. 521), c'est l'*hypertrophie diffuse des os de la face*, qui débute d'ordinaire par le maxillaire supérieur. Si l'on s'en rapporte à Le Dentu, la tumeur débiterait toujours par un fibrome ossifié plus tard, qui du maxillaire gagnerait le sinus maxillaire, la voûte orbitaire, tous les os de la face et pourrait même gagner la base du crâne. On comprend dès lors combien cette masse dure et compacte déplace les organes voisins, disjoint les sutures et cause des lésions fonctionnelles du côté de la vision, de l'olfaction, de la mastication, de la phonation et même de l'audition. On comprend aussi comment les troncs nerveux comprimés donnent naissance à des douleurs vives revenant par crises qui épuisent le malade. D'après Le Dentu, il semble que la tumeur ait pris naissance sur les deux côtés symétriques de la face, et que la masse unique soit le résultat de la coalescence de ces deux parties latérales. C'est là un des motifs qui m'ont amené à attribuer la formation de ces hypertrophies à des lésions névritiques centrales. C'est toujours sur des adolescents, avant que la période évolutive des os de la face ne soit terminée, que l'on a rencontré cette affection.

On a cité des cas où l'hypertrophie diffuse des os de la face, au lieu d'avoir son point d'origine dans les maxillaires supérieurs, serait partie de la base du crâne, y serait restée localisée ou aurait envahi consécutivement les os de la face.

Tout ce que nous pouvons faire, c'est, par un traitement palliatif, de combattre les douleurs et de prolonger l'existence.

5° *Kystes*. — Les kystes des maxillaires étant toujours reliés à l'évolution dentaire, je renvoie le lecteur au chapitre suivant.

6° *Épithélioma*. — Ces tumeurs, qui souvent ne sont qu'une extension de voisinage, peuvent cependant naître sur place: c'est l'*épithéliome tévébrant*. Dans ce dernier cas, elles se creusent une large cavité dans la masse de l'os, cavité remplie de tissus mous contenant des globes épidermiques. La présence de ces éléments a amené Reclus à admettre que l'épithélioma des maxillaires a toujours son point de départ sur le vestige du *gubernaculum dentis*, reste du lien qui établissait la continuité entre l'épithélium gingival et l'organe adamantin. Cette espèce de

néoplasme a une grande tendance à la généralisation rapide, aussi les ganglions sont-ils engorgés de très bonne heure (Voir t. I, p. 142).

7° *Carcinome*. — Il prend naissance sur la face profonde du périoste ou sur les éléments connectifs des canaux de Havers. Très vasculaire, il donne lieu à des hémorragies souvent graves et est souvent pulsatile. Sa marche est très rapide, il tend très vite à la généralisation, les ganglions se prennent en masse; bientôt l'os ou le périoste, suivant le siège de la tumeur, sont érodés, la peau qui déjà était indurée contracte des adhérences avec la masse néoplasique, s'ulcère, et livre passage à une masse rouge, bourgeonnante, sanieuse, saignant facilement. Cette masse gagne de plus en plus et envahit la face ou le cou suivant le maxillaire par lequel elle a débuté. Toutes les parties molles et dures se détruisent successivement, et le malade, dont l'aspect est horrible, meurt d'épuisement, d'infection septique ou d'hémorragie incoercible (V. t. I, p. 148).

On comprend dès lors combien l'opération doit être hâtive et combien il faudra enlever largement toutes les parties suspectes, et malgré tout le malade est fatalement condamné à plus ou moins bref délai.

10° LÉSIONS CHIRURGICALES DES GENCIVES ET DES DENTS.

1° Indépendamment des *plaies gingivales*, qui accompagnent les lésions des maxillaires, les gencives sont directement déchirées, arrachées ou contusionnées pendant les opérations d'extraction des dents. La clef de Garengot, le pied-de-biche, etc., et même les daviens américains si en vogue aujourd'hui, contusionnent ou déchirent toujours les gencives, soit directement, soit au moment de l'extraction de la dent luxée.

2° *Gingivites*. — Nous n'avons à nous occuper ici que des gingivites d'origine chirurgicale; les gingivites mercurielle, plombique et scorbutique ne sont pas de notre ressort. Au point de vue chirurgical, toute cause qui amènera la présence d'un corps étranger quelconque, tartre dentaire, arêtes de poissons, soies de brosses à dents, débris de charbon (fumeurs de pipes trop courtes), éclats presque microscopiques de verre (ouvriers de Baccarat) entre la gencive et les dents, déterminent une gingivite plus ou moins aiguë. La gencive enflammée, ulcérée à son bord, devient festonnée, prend une coloration violacée, puis du pus se forme entre elle et la dent; l'inflammation se propage au périoste alvéolo-dentaire, la dent s'ébranle et finit par tomber.

Le tartre dentaire dont, il faut l'avouer, nous ne savons pas encore les conditions de formation, peut en s'accumulant repousser la gencive, déchausser la dent et jouer le rôle de corps étranger.

Traitement. — Il faut avant tout extraire soigneusement tous les corps étrangers, enlever le tartre dentaire, puis en cas d'ulcération et

de suppuration des gencives, les toucher avec un liquide excitant qui hâte leur cicatrisation, en ayant soin toutefois que le liquide n'altère pas l'émail ou l'ivoire de la dent.

3° *Épulis*. — On donne ce nom à toutes les tumeurs qui se développent ou qui apparaissent sur les gencives alors même qu'elles ont leur point de départ sur le périoste ou sur la substance osseuse alvéolaire ou interalvéolaire. C'est le plus souvent sur le maxillaire inférieur que l'on trouve ces tumeurs, ce sont des sarcomes myéloïdes ou fibroplastiques et plus rarement des épithéliomas.

Les sarcomes myéloïdes débutent soit dans le tissu osseux lui-même, sarcomes centraux, soit sous le périoste, sarcomes périphériques; tandis que les sarcomes fibro-plastiques ont presque toujours leur point de départ dans la couche profonde du périoste.

L'épithélioma, au contraire, me semble toujours naître du revêtement de la gencive elle-même.

C'est le plus souvent sur la face génienne des gencives que se rencontrent les épulis, et bien qu'on puisse les trouver sur n'importe quel point du maxillaire, c'est au niveau des molaires que semble être leur point d'élection.

La tumeur évolue toujours de la même manière, elle siège sur le rebord des gencives, elle déplace et fait tomber les dents correspondantes, elle affecte la forme primitive d'une petite masse lisse dans le cas de sarcome, mamelonnée, sanieuse dans le cas d'épithélioma, elle gagne successivement de proche en proche, envahit les deux faces du maxillaire et par son volume gêne les mouvements de la langue; mais jamais elle n'occasionne de grandes douleurs, les gencives et la portion alvéolaire des maxillaires n'ayant que peu d'éléments nerveux susceptibles d'être comprimés ou altérés par le néoplasme. En examinant de près cette tumeur, on constate toujours que, bien que moulée et aplatie contre l'os, jamais elle n'y adhère autrement que par un pédicule plus ou moins épais.

La consistance, la couleur de ces tumeurs varient avec leur nature; les sarcomes sont durs, les épithéliomas plus mous, les premiers, bien que très vasculaires, souvent sont moins violacés, moins lie-de-vin que les seconds.

Les sarcomes ont peu de tendance à se généraliser, les ganglions sont rarement engorgés; il n'en est pas de même dans les cas d'épithéliomas.

Disons en outre que l'on rencontre quelquefois sur les gencives des tumeurs érectiles toujours congénitales, qui pourraient être prises pour des épulis.

Traitement. — Bien que les sarcomes aient peu de tendance à la généralisation, leur développement progressif déforme toujours la face et peut gêner les fonctions; leur récurrence sur place est au reste tou-

jours à craindre, aussi faut-il les enlever en tout état de choses et les enlever largement, devrait-on attaquer l'os lui-même.

Quant aux épithéliomas, il importe d'opérer le plus rapidement possible et d'aller aussi loin qu'il le faudra, car ici la généralisation rapide est imminente. En pareil cas, il ne faut pas hésiter à évader le maxillaire jusqu'au point où l'on reconnaîtra que son tissu est absolument sain et qu'aucune infiltration néoplasique n'a pu s'y faire.

Maladies des dents. — Nous n'entrerons pas ici dans toutes les questions, très intéressantes toutefois, qui se rapportent à la chirurgie dentaire. Ces questions sont très bien traitées dans les ouvrages spéciaux. L'art dentaire n'est plus aujourd'hui livré à des charlatans et à des empiriques, il tend de plus en plus à être représenté par des hommes instruits dont quelques-uns sont d'une science considérable; c'est à leurs ouvrages et à leurs mémoires que je renvoie les lecteurs.

Il est cependant quelques points de la pathologie dentaire qui sont du ressort de la chirurgie générale et sur lesquels je dois insister.

Je passerai rapidement sur la *périostite alvéolo-dentaire*. Tout corps étranger qui pénètre et qui séjourne entre la gencive et la dent détermine, comme nous l'avons vu, une gingivite; l'inflammation peut s'étendre vers le fond de l'alvéole, et la périostite alvéolo-dentaire est formée. Le pus, ne pouvant que difficilement s'écouler vers le collet de la dent, s'accumulera, déchaussera cette dernière et la mobilisera, en même temps qu'il tendra à se frayer une voie d'écoulement, et une fistule dentaire s'établira à travers le tissu osseux de l'alvéole. Il en sera de même quand, une dent étant cariée, des particules élémentaires se logeront dans sa cavité; si cette dernière est en rapport avec le fond de l'alvéole, ces petits corps étrangers y pénétreront, y séjourneront et agiront de la même manière que si la périostite s'était développée par l'introduction d'un de ces corps entre la gencive et la dent. D'autre part encore, si la carie a détruit le fond de la dent, les petits fragments détachés jouant par rapport au périoste de l'alvéole le rôle de corps étrangers, ce sont de petits séquestres qui par leur présence produisent la périostite. Il en sera encore de même lorsqu'à la suite d'un traumatisme, les trabécules osseuses du rebord alvéolaire auront été brisées ou très fortement contusionnées, leurs fragments ou leurs débris nécrosés joueront encore le rôle de corps étrangers et la même inflammation se produira avec ses conséquences.

Tout le monde connaît les accidents des abcès dentaires, les douleurs et la réaction générale qu'ils provoquent ainsi que la sensation de déchaussement de la dent et sa mobilisation; tout le monde sait que cette périostite s'accompagne toujours d'une fluxion avec œdème de la joue, et personne n'ignore que dès que le pus a trouvé son issue naturelle ou chirurgicale, douleurs et œdème cessent immédiatement. Il me suffit de rappeler tous ces faits sans y insister davantage.

Mais il est une autre affection à laquelle on a donné le nom d'*ostéopériostite alvéolo-dentaire*, qui elle ne se borne pas à une simple production de pus et dans laquelle le périoste de l'alvéole ne pouvant refaire de l'ivoire, fait de l'os qui remplit peu à peu tout le fond de la cavité dentaire et chasse ainsi une ou plusieurs dents hors de leurs alvéoles. Cette affection, qui ne se développe d'habitude que vers l'âge mûr, semble liée à l'ensemble des phénomènes régressifs qui caractérisent le déclin de la vie. Cette ostéite condensante de l'alvéole s'accompagne elle aussi de suppuration, de douleurs moins vives que dans le cas précédent et d'un gonflement œdémateux qui souvent même fait défaut ou se borne à la gencive de la portion du maxillaire atteinte.

Traitement. — Il est indiqué par la marche même des phénomènes et peut se résumer en deux mots : combattre les phénomènes inflammatoires et la suppuration ; une fois celle-ci produite, lui fournir une issue aussi prompte et aussi facile que possible. Si, comme il peut arriver, les douleurs sont intenses et entraînent par réflexes des accidents généraux sérieux, on les combattra par les opiacés, la cocaïne, etc. ; mais le meilleur moyen pour les calmer c'est une intervention chirurgicale opportune.

Accidents dus à l'évolution des dents et de la dent de sagesse en particulier. — Nous nous bornerons à dire que chez l'enfant l'évolution des dents s'accompagne souvent de quelques accidents. Toujours ils sont dus à la douleur sourde et prolongée que détermine sur la gencive gonflée et irritée l'extrémité de la dent qui évolue. Cette sensation douloureuse retentit par réflexes sur les centres nerveux et peut amener des accidents convulsifs, alors surtout que par suite d'un retard dans la poussée dentaire, plusieurs de ces organes évoluent à la fois comme pour regagner le temps perdu. Il en est de même lors de la seconde dentition, mais déjà alors l'excitabilité réflexe est amoindrie et par suite les accidents moindres. Au contraire, quand la dernière molaire, la dent de sagesse, tend à percer vers vingt ans et souvent plus tard, si l'excitabilité réflexe a diminué, la muqueuse s'est considérablement épaissie, et l'évolution dentaire entraîne souvent des accidents. Il est à remarquer du reste que cette dent doit s'encaster entre la molaire précédente et la base de la branche montante. Si la molaire est trop large, si elle est vicieusement implantée, si la courbure de la mâchoire est trop ou trop peu accentuée, s'il existe ou non un certain degré de prognathisme, la dent de sagesse ne trouve plus un espace suffisant pour s'y loger et détermine alors des accidents, tels que contractions dans les muscles masticateurs, spasmes généraux, douleurs irradiées sur toutes les branches et divisions du trijumeau ; névralgies dentaires, névralgies sus et sous-orbitaires, douleurs orbitaires et auriculaires, etc. Mais simultanément la muqueuse gingivale épaissie et dure s'enflamme, un abcès peut se former autour de la couronne den-

taire, cet abcès se vide, la gencive s'ulcère, devient fongueuse et son aspect peut faire croire à une stomatite ulcéro-membraneuse. D'autres fois le pus peut décoller le périoste voisin, ou bien encore des parcelles alimentaires peuvent se loger entre les lambeaux de cette muqueuse ulcérée et déterminer une périostite alvéolo-dentaire, qui aura pour conséquence une nécrose plus ou moins étendue de la mâchoire. Il peut arriver encore que l'inflammation s'étende au tissu connectif interstitiel des muscles masséter et ptérygoïdien interne. Si cette inflammation des éléments connectifs interfibrillaires ne se résout pas rapidement, une hypertrophie scléreuse s'en empare, les éléments contractiles comprimés et étranglés disparaissent complètement, et les muscles sont remplacés par un véritable tissu inodulaire rétracté qui entraîne une fausse ankylose de la mâchoire.

Traitement. — Le traitement de l'abcès ou de l'ulcération déterminés par l'évolution de la dent de sagesse est des plus simples : ouvrir l'abcès de très bonne heure et faire cicatriser l'ulcération par des cautérisations au nitrate d'argent, ou mieux à l'acide chromique pur. Quand les accidents deviennent plus graves, qu'une périostite se développe, il ne faut pas hésiter, car toujours alors il importe d'extraire ou de faire une place à cette dent qui ne la trouve pas. Quand, en raison de la constriction spasmodique des mâchoires ou pour quelque autre cause, on ne peut arriver à saisir la dent et à l'extraire, on peut enlever la deuxième grosse molaire qui la précède et qui ainsi permettra à la dent de sagesse d'occuper sa place normale.

Kystes dentaires. — Ces kystes sont de deux espèces qui diffèrent par leur siège, leur évolution et leur origine.

a. Les kystes périostiques se développent toujours au sommet de la racine d'une dent complètement formée. Lorsqu'une périostite alvéolo-dentaire de la partie profonde de l'alvéole a déterminé du pus entre la racine et le périoste, le liquide ne pouvant trouver une issue s'accumule, distend le périoste et forme ainsi un kyste. Mais la périostite explique difficilement la forme allongée, pédiculée du kyste et ne rend pas compte de la formation de la poche kystique. Aussi d'autres auteurs (Malassez, Verneuil), à l'avis desquels je me range, pensent-ils que toujours ces kystes dits périostiques développés au sommet des racines prennent naissance dans de petits canaux atrophiés restes du gubernaculum dentis. L'évolution de ces kystes est toujours très douloureuse, ils compriment toujours en effet les filets nerveux qui se rendent aux racines. En se développant ils détruisent le fond de l'alvéole ou ses parois et apparaissent à l'extérieur ; quand ils se développent sur les dents dont les racines sont en rapport avec le sinus maxillaire, ils défontent la mince paroi de l'antre d'Highmore et peuvent en remplir la cavité.

b. Les kystes folliculaires ont une tout autre origine. Pour expliquer

leur évolution, il nous faut rappeler brièvement le mode de développement des dents.

Les dents se développent comme les poils : c'est une invagination de la partie profonde de l'épithélium qui tapisse chez l'embryon la gouttière dentaire des maxillaires. Le cul-de-sac ainsi formé pénètre dans le derme muqueux, qui nécessairement va se condenser à l'entour de la partie invaginée; les éléments condensés vont former une membrane épaissie; le pédicule qui faisait communiquer le fond du doigt de gant avec la surface de la muqueuse sera de plus en plus étranglé et aminci; ce pédicule c'est le gubernaculum dentis, qui rattachait le follicule dentaire aux couches profondes de l'épithélium buccal. Bientôt le fond de ce goulot invaginé va se relever en cul de bouteille, et c'est dans le fond de ce soulèvement que pénétreront les vaisseaux et les nerfs destinés à la dent. Tout à l'entour les éléments épithéliaux invaginés se disposeront sous deux couches; la plus intérieure deviendra une substance molle d'abord, qui s'ossifiera plus tard et formera l'ivoire et ses canalicules; la couche extérieure au contraire, molle aussi d'abord, mais formée de cellules d'autant plus aplaties qu'elles se rapprochent plus que la précédente des couches tout à fait superficielles de la muqueuse, produit l'organe adamantin ou de l'émail. En même temps la partie tout à fait périphérique du follicule, celle que nous avons vue venir de la condensation du tissu dermique de la muqueuse, s'est épaissie et a constitué le sac dentaire. Le gubernaculum dentis, qui reliait, ainsi que nous l'avons vu, le fond du follicule avec la surface de la muqueuse, se dévie à mesure que le fond de la dent s'accroît, puis le sac, se fermant au-dessus de ce qui deviendra la couronne de dent, finit par oblitérer le gubernaculum, dont quelques vestiges peuvent cependant subsister au fond du follicule.

Autour de chaque germe dentaire on trouve donc, en allant de la superficie vers la profondeur : le sac constitué par le derme muqueux; l'organe adamantin, puis enfin l'ivoire et le ciment; émail et ivoire formés par les cellules épithéliales invaginées.

Supposons maintenant que pour une raison quelconque l'évolution des éléments épidermiques qui doivent constituer la dent détermine pour une cause quelconque, entre eux et la paroi du sac formée aux dépens du derme muqueux, une accumulation de liquide, des kystes se forment, et l'on y trouvera suivant l'époque tantôt encore des éléments épidermiques mous et ramollis, tantôt déjà des portions de dents ou des dents complètes. Il est bien évident qu'alors toujours la dent aux dépens du follicule de laquelle le kyste s'est produit ne se trouvera pas à la place qu'elle devrait occuper normalement sur le rebord alvéolaire. Et cependant, si le kyste est développé dans le follicule d'une dent surnuméraire, la dent normale pourra évoluer régulièrement et occuper son rang. On conçoit en outre que dans le cas où des germes dentaires irréguliers se sont développés en dehors de leur lieu normal, dans la branche montante du maxillaire inférieur par exemple, il puisse se produire des kystes analogues dans cette partie de la mâchoire.

Ces kystes folliculaires peuvent exister partout où des germes dentaires se développent pendant l'état embryonnaire. Mais leur mode de formation explique pourquoi ils se manifestent surtout pendant l'enfance; quand ils surviennent plus tard, ils dépendent ou bien d'une dent normale arrêtée dans son évolution par la production d'un kyste, et qui manque alors, ou bien d'une dent surnuméraire. Outre les débris épithéliaux, les parties de la dent ou la dent elle-même formées au moment de la production du kyste, la poche contient toujours une quantité de liquide filant ou fluide, clair ou purulent, en rapport avec le volume de la tumeur. Ces différences de consistance et de coloration du liquide dépendent de la plus ou moins grande inflammation éprouvée par le sac qui reçoit des capillaires émanés du derme sous-muqueux.

Les tumeurs ainsi formées agissent excentriquement sur le tissu osseux du maxillaire, le dilatent, réduisent sa coque en une lame parcheminée qui, à la pression, donne naissance à cette sensation que si souvent déjà nous avons décrite. Elles se développent lentement vers la surface interne ou externe du maxillaire; les douleurs qu'elles provoquent sont peu intenses, car au moment où elles se forment, les éléments nerveux qui pénètrent dans la racine de la dent sont encore rudimentaires, et leur connexion avec cette dernière se détruit facilement.

Le volume des kystes folliculaires des dents peut atteindre les dimensions d'un œuf de poule et au delà. La forme de la tumeur est plus ou moins arrondie, plus allongée quand plusieurs germes dentaires voisins sont atteints à la fois; on trouve alors dans le fond de la cavité kystique les débris de plusieurs dents. Ce n'est que lorsque ces tumeurs, en raison de leur développement exagéré, compriment les nerfs voisins, que des douleurs vives se manifestent; les symptômes fonctionnels qu'elles déterminent sont en rapport avec les organes qui se trouvent gênés.

Les kystes dentaires périostiques ou folliculaires ont été confondus quelquefois avec des sarcomes; c'est l'étude attentive de leur mode d'évolution, l'existence ou le manque de gonflement ganglionnaire, l'absence d'une ou de plusieurs dents normales, qui éclaireront le diagnostic. Viennent-ils à s'ouvrir naturellement par rupture de leur paroi trop distendue, le contenu s'écoule, des fistules intarissables s'établissent, la suppuration s'empare de la poche dilatée, et si l'on n'y prend garde, si l'on n'agit pas énergiquement par les antiseptiques, la putridité s'établit avec tous les accidents qui s'ensuivent.

Traitement. — Quelle que soit la nature des kystes dentaires, qu'ils soient périostiques ou folliculaires, toujours il sera prudent d'intervenir dès que par leur saillie à l'extérieur ils seront reconnaissables. On ouvrira largement leur paroi soit par la bouche, soit par l'extérieur, on videra la poche de tout ce qu'elle contient, on la lavera largement, on y mettra

un drain et on attendra avec toutes les précautions antiseptiques indiquées, que la cicatrisation toujours accompagnée de suppuration vienne combler la cavité. On peut encore (et ce moyen est rationnel) briser légèrement les parois osseuses du kyste, replier vers l'intérieur les fragments obtenus et déterminer ainsi la formation d'un cal vicieux qui dans ce cas servira utilement à combler la poche dilatée. Je ne crois pas que dans des cas même extrêmes on puisse en être réduit à sacrifier une partie du maxillaire par une résection.

11° MALADIES DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE.

Nous avons étudié plus haut les luxations de la mâchoire en les considérant comme des affections traumatiques du maxillaire, ce qu'elles sont en réalité, car c'est bien cet os et lui seul qui se déplace. Il nous reste à dire quelques mots de l'inflammation traumatique de l'articulation, et à étudier, en terminant, les effets que la plupart des affections que nous venons de décrire peuvent produire directement ou indirectement sur la mobilité de cette articulation.

1° Arthrite temporo-maxillaire.

Presque toujours c'est à l'état chronique que cette affection se manifeste; c'est alors une arthrite sèche développée d'ordinaire chez des malades atteints de diathèse uratique, rhumatisants de toute nature, graveleux, calculeux, etc.; chez les ataxiques on peut aussi rencontrer des déformations spéciales du condyle pour lesquelles nous renvoyons aux traités de pathologie externe. Dans les cas qui nous occupent les cartilages et les ménisques sont usés, des corps flottants dans la jointure, des stalactites osseuses périphériques s'établissent par ossification de la capsule articulaire. Les mouvements gênés d'abord deviennent de plus en plus difficiles; des craquements se manifestent à chaque mouvement de la mâchoire, et une ankylose plus ou moins complète peut survenir.

On a signalé cependant des cas d'arthrite aiguë, à la suite de traumatismes, de luxations, de rhumatisme aigu. Les syphiliographes ont même voulu signaler des arthrites blennorrhagiques de cette articulation. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit de ces arthrites (t. I, page 599). Les inflammations de voisinage peuvent entraîner l'arthrite aiguë de l'articulation temporo-maxillaire; c'est ainsi qu'agissent les inflammations du conduit auditif externe et les ostéo-périostites de la branche montante du maxillaire inférieur.

Les mouvements de la mâchoire sont d'autant plus douloureux que l'arthrite est plus aiguë; les douleurs sont très vives au moindre ébranlement du maxillaire, elles s'irradient le long de toutes les branches du

trijumeau, les parties molles voisines sont tuméfiées. Quand un épanchement se produit dans la jointure, la mâchoire se dévie légèrement vers le côté sain. Cette affection assez rare guérit d'ordinaire par le repos articulaire joint à quelques révulsifs; mais il ne faut pas oublier qu'elle peut passer à l'état chronique et se terminer ainsi par une pseudo-ankylose.

2° Stricture des mâchoires.

Toutes les causes qui gênent le fonctionnement de la mâchoire, qu'elles résident dans l'appareil mécanique de l'articulation, dans les muscles qui la font mouvoir ou dans des cicatrices vicieuses et inextensibles des parties molles voisines, peuvent déterminer une impossibilité fonctionnelle plus ou moins complète de l'écartement du maxillaire, une gêne ou une impossibilité de la mastication, une viciation de la phonation, une altération de la respiration et des dangers de suffocation dans les cas de vomissement, les matières rendues refluant toujours alors vers l'arrière-gorge et le larynx.

La stricture des mâchoires peut être le résultat d'une soudure osseuse du condyle par destruction du cartilage ou par jetées osseuses périarticulaires à la suite d'arthrite, accidents des plus rares, ou à la suite de consolidation vicieuse quand un projectile a brisé le col et le condyle maxillaire, et que cette fracture a nécessité une immobilité très prolongée de la jointure.

Nous avons vu plus haut qu'à la suite de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, comme encore à la suite de toutes les tumeurs des maxillaires, les muscles masséter et ptérygoïdien pouvaient subir une dégénérescence scléreuse qui nécessairement rétracte comme par un tissu cicatriciel la masse charnue et la raccourcit. D'autre part encore toutes les cicatrices vicieuses des parties molles voisines, joues, lèvres surtout, à la suite de brûlures et de gangrène, déterminent des brides résistantes, compactes, fibreuses, inextensibles, qui s'opposent à l'ouverture de la bouche. Il est aisé de comprendre que dans ce dernier cas les mouvements de diduction de la mâchoire restent possibles ainsi que ceux de projection en avant; ce sont ceux d'abaissement qui seuls sont empêchés. Pour que ceux d'élévation, de fermeture fussent abolis, il faudrait, abstraction faite des luxations, que la cicatrice vicieuse résidât dans les parties molles du cou. Quand au contraire l'ankylose est due à des jetées osseuses suites d'arthrite ou à des consolidations vicieuses du condyle fracturé, tous les mouvements du maxillaire sont impossibles.

On a prétendu que le simple spasme des masséters contracturés par voie réflexe ou directe pouvait amener une stricture permanente des maxillaires: c'est là une erreur, car une fibre striée ne saurait rester contractée pendant un certain temps sans que la fatigue n'intervienne et n'en provoque le relâchement brusque. Il est vrai toutefois qu'au bout