

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

de peu de temps une nouvelle excitation peut déterminer une nouvelle contraction et ainsi de suite. Quoi qu'il en soit, il suffirait d'anesthésier le malade pour voir cette contracture disparaître et constater ainsi l'origine musculaire de la stricture.

Dans tous les cas où, après s'être assuré que les muscles sont indemnes, qu'il n'existe pas de cicatrices vicieuses et si cependant la bouche ne peut pas s'ouvrir, c'est du côté de l'articulation elle-même que se trouveront les obstacles fibreux ou osseux.

Traitement. — S'agit-il de rétraction musculaire, il ne faut pas perdre trop de temps à tenter d'obtenir des résultats par l'électricité ou le massage, car il ne faut pas oublier que la sclérose musculaire fait des progrès incessants et que l'articulation immobilisée peut s'altérer par la disparition des cartilages. Mieux vaut donc en arriver de bonne heure à la section sous-cutanée du masséter et à l'ostéotomie de la coronoïde pour mobiliser le muscle temporal si, à la suite de l'opération sur le masséter, la bouche ne s'ouvre pas facilement.

Quand il s'agit de cicatrices vicieuses, nous retombons dans les difficultés que déjà plus d'une fois nous avons signalées : la cicatrice se reforme, se rétracte à nouveau, le résultat obtenu disparaît de jour en jour et la stricture se trouve augmentée.

Enfin dans les ankyloses articulaires on a distingué celles dues à des adhérences fibreuses que l'on pourrait rompre par une dilatation forcée, brusque, de la mâchoire. Pour celles au contraire qui sont dues à des jetées osseuses ou plus encore à une soudure des deux os après disparition des cartilages d'encroûtement et du ménisque, on ne peut fonder quelque espoir que dans la production d'une fausse articulation. Toujours il faudra la tenter, car la nutrition du malade est en jeu et par suite la prolongation de son existence.

Pour arriver à établir une nouvelle articulation on se sert de deux méthodes, l'une (Rizzoli) qui consiste à sectionner la branche montante et à lui faire exécuter ensuite des mouvements ; dans l'autre méthode (Esmarch) pour éviter (inconvenient qui est arrivé quelquefois) la formation d'un cal entre les deux fragments sectionnés, on enlève un segment plus ou moins large de la branche montante, on maintient les fragments à distance et on produit ainsi une fausse articulation qui, alors même qu'elle resterait incomplète et que les fragments se réuniraient par des tissus fibreux, n'en permettrait pas moins des mouvements.

12° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA LANGUE.

A. — Lésions traumatiques.

Les plaies de la langue par instruments piquants ou tranchants ne sont produites en général que par des corps introduits dans la bouche

et enfoncés dans le tissu lingual soit par les mouvements de la mastication, soit accidentellement par une chute ou un effort extérieur quelconque. On a signalé des coupures de la langue déterminées chez les enfants par des herbes à bords dentelés, introduites dans la bouche et retirées brusquement. Toutes ces causes, dont la multiplicité est très grande, arêtes de poisson, dents de fourchette, aiguilles de toute espèce, lames de canif ou de couteau, etc., etc., déterminent toujours une piqûre ou une section à la suite desquelles, en raison de la grande vascularité de l'organe, une hémorrhagie plus ou moins abondante se produit.

Les plaies contuses sont dues, le plus souvent, à des morsures, quand la langue est prise entre les arcades dentaires au moment où brusquement le maxillaire inférieur se relève avant que l'organe lingual ait pu être ramené en arrière. On s'explique dès lors combien les morsures sont fréquentes pendant les attaques brusques d'épilepsie, d'hystérie ou de tétanos. Le lambeau de la langue peut être plus ou moins détaché ou sectionné, les vaisseaux ouverts donnent naissance à une perte de sang assez considérable qu'il faut arrêter par le froid, les styptiques, la compression et mieux encore par une suture métallique profonde, capable d'affronter exactement les surfaces.

À la suite de violences extérieures sur les maxillaires, l'inférieur le plus souvent, à la suite de coups de feu, d'éclats de mine, etc., les projectiles ou les débris de pierre comme aussi les fragments des dents brisées peuvent venir s'implanter dans le tissu de la langue, et y déterminer les accidents de tous les corps étrangers. Il en serait de même si, au moment d'une chute ou d'une violence extérieure, un objet que le blessé tiendrait à ce moment à la bouche, tuyau de pipe, etc., venait à se loger dans la langue. Dans les tentatives de suicide par un coup de feu tiré dans la bouche ou sous le menton, aux lésions produites par les esquilles, les fragments de dents, il faut encore ajouter les effets de l'éclatement des parties molles dû à l'expansion des gaz. L'hémorrhagie est dans tous ces cas le premier accident qu'il faut combattre ; puis la langue s'enflamme, augmente de volume sous l'influence de la glossite qui se développe ; ce gonflement de l'organe en gêne les fonctions, ce que le lecteur comprendra sans qu'il faille insister. La plaie suppure plus ou moins, l'irritation réagit par réflexe sur les glandes salivaires dont l'hypersécrétion détermine un écoulement considérable de liquides auquel s'ajoute la quantité de pus produite par la ou les plaies contuses.

Traitement. — Arrêter l'hémorrhagie, enlever tous les corps étrangers quels qu'ils soient partout où on les trouvera dans le corps de la langue, réunir les lambeaux plus ou moins détachés au moyen de sutures métalliques profondes, faire des lavages et des injections antiseptiques. La guérison intervient assez rapidement, mais trop souvent des adhérences vicieuses consécutives nécessitent, alors que les bles-