

à l'autre extrémité du tube digestif, le rétrécissement syphilitique du rectum.

Les piliers antérieurs du voile du palais, essentiellement constitués par le muscle glosso-staphylin, sont susceptibles, comme tous les autres points de la muqueuse buccale, d'être envahis par l'épithélioma. J'y ai observé une fois, sur un jeune homme, une tumeur érectile veineuse parfaitement bien limitée.

RÉGION DES MAXILLAIRES

Au nombre de deux, le supérieur et l'inférieur, les *maxillaires* ont déjà été étudiés en partie dans les chapitres précédents. Il n'est cependant pas inutile d'y revenir, à cause de certaines applications chirurgicales importantes qui n'ont pu trouver place jusqu'ici dans nos descriptions.

Les deux maxillaires sont le siège d'une affection très curieuse, dont la pathogénie n'est pas encore complètement déterminée, et qui porte le nom de *nécrose phosphorée*.

Cette grave maladie frappe les individus qui travaillent à la fabrication des allumettes chimiques. Elle débute insidieusement sous forme de périostite et se termine par une nécrose, qui peut envahir toute la mâchoire et s'étendre même aux os voisins.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter toutes les questions qui se rattachent à la nécrose phosphorée; je me contenterai de dire que, contrairement à l'opinion des Allemands, nous sommes d'avis, en France, qu'il ne faut agir qu'après délimitation complète des séquestres, sous peine de pratiquer une opération inutile.

La nécrose d'origine phosphorée est remarquable par la production d'ostéophytes qu'on ne rencontre jamais aussi nombreux dans les nécroses provenant d'une autre origine. Un fait également spécial à la nécrose phosphorée et bien remarquable, c'est la *nécrose de l'ostéophyte lui-même*.

La pièce pathologique que je présente ici est très démonstrative à ce dernier point de vue. Elle provient d'un jeune homme qui succomba dans mon service, à Lariboisière, et dont j'ai présenté l'observation détaillée à la Société de chirurgie, en 1873.

Du maxillaire supérieur.

Le *maxillaire supérieur* présente, avec les cavités de la face, l'orbite, les fosses nasales et la cavité buccale, des connexions sur lesquelles j'ai suffisamment insisté déjà; il est creusé dans son épaisseur d'une vaste cavité, *sinus maxillaire*, dont j'ai signalé plus haut (p. 267) la forme, les rapports et les aptitudes pathologiques, assez pour n'y plus revenir.

Il nous reste à examiner l'os en lui-même au point de vue de ses fractures, et surtout de sa résection.

Le maxillaire supérieur, intimement uni avec celui du côté opposé sur la ligne médiane par les apophyses palatines, est solidement enclavé dans l'épaisseur de la face; on l'a comparé à une enclume sur laquelle viendrait frapper la mâchoire inférieure. Il est, de plus, protégé par les sailliés du nez, de la pommette, et de l'arcade zygomatique, en sorte que les chocs ont rarement sur lui une action directe. Il est donc rare d'observer des fractures directes du maxil-