

ARTICLE II

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MACHOIRES

I. — FRACTURES DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE

Ces fractures sont ordinairement produites par causes directes (coup de pied de cheval, coup de bâton, coup de feu, ou chute sur la face). Elles se caractérisent par les symptômes suivants : douleur ; crépitation ; mobilité anormale ; déformation de la région ; écoulement de sang par l'orifice antérieur ou postérieur des fosses nasales. Dans les cas où ces signes manquent (fractures transversales), pressez sur l'apophyse ptérygoïde, pour y réveiller une douleur localisée : signe de Guérin. — L'emphysème s'observe comme complication possible. — La réparation se fait ordinairement avec une grande rapidité, ce qui tient à la richesse vasculaire de la région. Le blessé doit être nourri avec des aliments liquides, pour éviter tout mouvement du maxillaire supérieur : la ligature des dents, l'application d'appareils en gutta-percha moulés sur le bord alvéolaire sont les moyens de fixer cette immobilité qui doit être conservée pendant une quinzaine de jours.

II. — FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Étiologie. — Elles sont rares parce que : 1° le maxillaire inférieur est épais et résistant ; 2° il est mobile sur le squelette de la face ; 3° sa forme et sa situation augmentent sa résistance ; 4° dans une chute, les mains protègent instinctivement la face.

On distingue les fractures habituelles ou fractures du corps, et les fractures rares qui sont celles des condyles, des coronoides, des branches. — Un coup, un choc, une chute sur le menton, un projectile, telles en sont les causes. La contraction musculaire, chez l'homme, est insuffisante. Le mécanisme est différent suivant les deux cas : 1° dans les *traumatismes directs*

— choc ou chute sur le menton, — la fracture se produit au point frappé ; l'os tend à redresser sa courbure, la table interne cède la première : 2° dans les *traumatismes indirects*, — chocs ou pressions sur les parties latérales — la fissure siège à distance du point atteint, l'arc mandibulaire tend à se fermer, la fracture commence par la table externe.

Les fractures du condyle, de la coronoidé, des bords sont presque toujours de cause directe : dans l'extraction des dents, la clef ou le davier fissurent souvent le bord alvéolaire ou enlèvent une esquille avec la dent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — I. *Fractures du corps.* — Caractère commun : le maxillaire étant enveloppé d'une muqueuse adhérente au périoste, la fracture entraîne souvent la déchirure de la muqueuse : il en résulte une fracture exposée dont le foyer communique avec la cavité buccale. a) *Siège du trait de fracture* : rarement sur la ligne médiane symphysaire, souvent entre les deux incisives d'un côté, entre l'incisive latérale et la canine, exceptionnellement au niveau des molaires. Le trait peut être double et détacher un fragment médian portant trois ou quatre incisives. b) *Direction du trait de fracture* : verticale ou oblique suivant les bords, ordinairement en bas et en arrière, et oblique suivant les faces, tantôt de dehors en dedans, tantôt de dedans en dehors, selon le mécanisme. c) *Rapports des fragments* : si la fracture est complète, il en résulte un triple déplacement suivant la hauteur, l'épaisseur et la longueur du maxillaire. Le chevauchement dépend de l'étendue de la déchirure de la gencive et du périoste : le fragment qui supporte les molaires est élevé par les muscles élévateurs, celui qui donne insertion aux muscles sus-hyoïdiens est abaissé. Si un petit fragment médian est séparé de l'os, les muscles géniens le font basculer dans la bouche.

II. *Fractures rares.* — Les fractures du col du condyle, de la coronoidé, des branches, sont horizontales, sans déplacement, sauf pour le coroné qui est attiré en haut par le muscle temporal.

Symptômes et diagnostic. — Le blessé éprouve une douleur vive, augmentée par le rapprochement des mâchoires ; il salive abondamment et crache du sang ; la parole, la mastication

tion et la déglutition sont difficiles et douloureuses. A l'ouverture de la bouche, on constate les signes suivants : l'arcade dentaire est brisée et les dents situées en arrière de la fracture surplombent les dents du fragment antérieur. La muqueuse gingivale est tuméfiée, ecchymosée, ou déchirée si le chevauchement est notable. A la palpation, on reconnaît que les dents voisines de la fracture sont ébranlées, et que les deux fragments du maxillaire sont mobiles l'un sur l'autre : cette mobilité anormale s'accompagne de crépitation. — Si la fracture est simple et sans déplacement notable, une légère irrégularité dans l'arcade dentaire et la douleur localisée suffiront à faire le diagnostic. — Cette dernière permettra de reconnaître une fracture des branches, de la coronoïde, du col du condyle. Le condyle fracturé est entraîné en avant et en dedans par le ptérygoïdien externe et ne suit plus les mouvements de la mâchoire. Dans la luxation, le condyle, également déplacé en avant, se meut avec le maxillaire.

Pronostic et complications. — La consolidation demande un mois pour les cas simples. Mais les complications sont fréquentes. 1° *Complications immédiates* : elles résultent toutes du traumatisme. Ce sont : les plaies des téguments ; la contusion des gencives ; la fracture de la paroi osseuse du conduit auditif. Lésion qui donne lieu à une otorrhagie et, surtout s'il existe de la commotion cérébrale, peut faire croire à une fracture du crâne ; la déchirure de l'artère et du nerf dentaire inférieurs ; la chute de la langue sur le larynx lorsqu'une fracture double a mobilisé l'insertion des muscles géniens ; 2° *Complications secondaires*. Elles se résument dans l'infection du foyer de fracture par les microbes de la bouche : il peut en résulter une septicémie buccale (*intoxication putride aiguë* de RICHET) ou l'ostéite et la nécrose des fragments, et par suite la pseudarthrose.

Traitement. — La fronde du menton ou le chevestre simple suffit si le déplacement est nul ou faible. Dans le cas contraire, la réduction et surtout la contention sont très difficiles : on a le choix entre les *appareils*, la *ligature dentaire*, la *suture osseuse*. Le principe des appareils d'HOUZELOT, de KINGSLEY, de MARTIN est le suivant : une gouttière en métal ou

en caoutchouc vulcanisé, moulée sur l'arcade dentaire, est maintenue en place par une tige recourbée qui sort de la bouche et vient prendre appui sur une plaque fixée sous le menton. La ligature dentaire est préférable. La suture osseuse constitue le traitement de choix : une antiseptie rigoureuse de la bouche en sera la condition de succès. — Dans les fractures du condyle, on réduit et on immobilise la mâchoire avec une fronde.

III. — LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Étiologie et mécanisme. — La luxation du maxillaire inférieur, accident peu fréquent, peut se produire dans deux conditions différentes : 1° par un traumatisme direct (coup de poing) porté sur le menton de haut en bas et d'avant en arrière ; 2° indirectement, par une ouverture exagérée de la bouche, comme cela arrive dans un bâillement, dans un rire violent. Qu'elle soit produite par l'un ou l'autre de ces deux mécanismes, la luxation résulte d'un abaissement forcé du menton.

Il faut donc étudier comment ce mouvement exagéré de l'abaissement du menton peut déplacer, en avant, le condyle du maxillaire, au point de le faire passer et demeurer sur le versant antérieur de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, ce qui est la position de luxation.

Normalement, quand le menton s'abaisse, le condyle se porte en avant, en passant sur l'apophyse transverse et il est accompagné dans ce mouvement par le ménisque interarticulaire. Or ce ménisque tient solidement en arrière à une bandelette fibreuse qui représente la partie postérieure de la capsule : c'est la tension de cette bandelette qui limite l'excursion du condyle en avant ; c'est sa rétraction élastique qui, par un véritable recul automatique, ramène en arrière le ménisque et, avec lui, le condyle, quand la bouche se ferme.

Dans ce déplacement physiologique un fait est net, que MATHIEU a mis en lumière dans son beau mémoire de 1868 : dans le plus grand écart des mâchoires, les condyles, coiffés du ménisque, reposent sur le relief de la racine transverse, sans jamais dépasser la partie encroutée du cartilage.

Supposons que, dans un mouvement forcé d'abaissement du menton, le condyle, pressant sur la partie antérieure de la capsule, vienne à la rompre : il s'engage à travers la brèche, et, comme il a perdu ses relations avec le ménisque et avec la bandelette fibreuse d'arrêt, il achève de passer sur le plan incliné ascendant qui forme le versant antérieur de l'apophyse transverse. C'est donc par une luxation sous-méniscale que se pro-

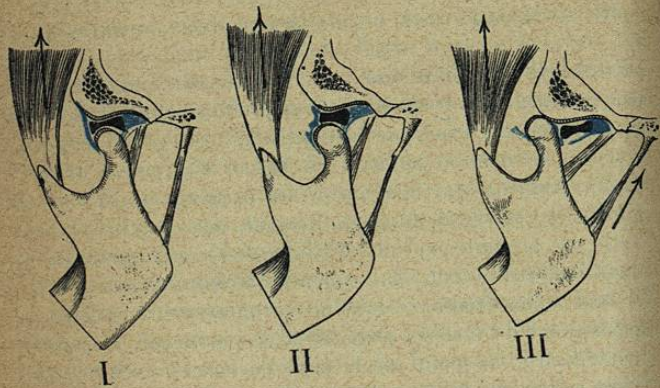


Fig. 89.

Schéma montrant, dans un abaissement forcé de la mâchoire, le condyle porté en avant sur l'apophyse transverse, pressant sur la partie antérieure de la capsule (I), la rompant (II) et passant sur le versant antérieur de l'apophyse (III), en abandonnant le ménisque.

duit le déplacement du condyle, en avant de la racine transverse zygomatique.

Ce déplacement, une fois produit, est permanent : la bouche reste béante ; la mâchoire garde une attitude fixe, prognathe et abaissée. — Pourquoi cette position permanente de propulsion et d'abaissement ? Trois hypothèses ont été proposées. Est-ce le bec de la coronoïde qui s'accroche sous le bord du malaire ? Est-ce le bord antérieur de la coronoïde qui bute derrière ces os ? Sont-ce les ligaments postérieurs, sphéno et stylo-maxillaires, qui, distendus, retiennent en arrière l'angle maxillaire et empêchent, par conséquent, les muscles élévateurs de relever le

menton ? Voilà les trois théories auxquelles s'attachent les trois noms de FABRICE d'AQUAPENDENTE, de MONRO, et de MAISONNEUVE.

Suivant les sujets, c'est-à-dire suivant la conformation et les

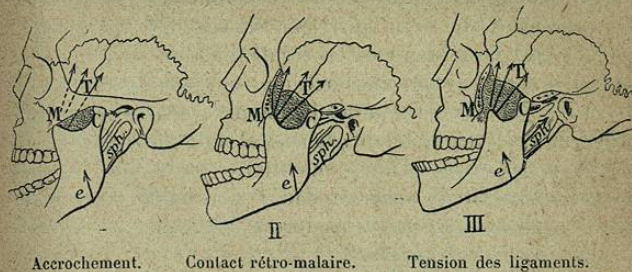


Fig. 90.

proportions de la branche montante de la mâchoire et de l'arcade zygomatique, c'est l'un ou l'autre de ces trois mécanismes



Fig. 91.

Réduction d'une luxation du maxillaire inférieur : abaissement ; refoulement.

qui intervient, comme obstacle au relèvement du menton : FARABEUF l'a établi par un mémoire important présenté à la Société de chirurgie en 1886.

Cependant, nous croyons que le premier mécanisme est

exceptionnel ; on ne comprend pas bien comment, hormis le cas d'une rupture musculaire, le bec coronoidien, auquel vient s'insérer l'épais tendon du temporal, puisse s'accrocher au-dessous du malaire. — Le contact rétro-malaire, c'est-à-dire l'arc-boutement du bord antérieur convexe de la coronoïde contre la face postérieure du tubercule malaire, s'explique bien quand l'aire de l'arcade zygomatique, où joue le coroné, est étroite. — Enfin la tension des ligaments postérieurs constitue un obstacle réel : les ligaments sphéno et stylo-maxillaires tirent en haut et en arrière l'angle maxillaire ; en avant, les muscles élévateurs tirent aussi en haut ; le condyle luxé, maintenu, au milieu, par ces deux forces, s'appuie et s'immobilise sur l'apophyse transverse.

Symptômes. — La bouche est largement béante et ne peut être fermée malgré les efforts du malade. La mâchoire inférieure est portée en avant, en position de prognathisme, les incisives inférieures débordant les supérieures. Entre les condyles maxillaires et le conduit auditif, se trouve une dépression dans laquelle le bout du doigt peut s'enfoncer. Le malade salive abondamment, gêné pour parler, pour mastiquer, pour déglutir.

Traitement. — Pour réduire, il faut : 1° avec les pouces appuyant sur les dernières molaires, abaisser le condyle au-dessous de la racine transverse ; 2° cet abaissement une fois produit, repousser la mâchoire en arrière.

ARTICLE III

CONSTRICTION DES MACHOIRES

Elle consiste dans l'impossibilité d'écarter le maxillaire inférieur de la mâchoire supérieure. Il en résulte que la mastication est gênée et même, si les arcades dentaires sont au contact, que l'alimentation par la voie buccale est impossible. Les dents se carient, et, quand le malade est jeune, le maxillaire inférieur

se développe irrégulièrement, d'où un certain degré d'asymétrie faciale. Un accident est à prévoir quand les incisives se touchent : en cas de vomissements, la chute des matières dans les voies aériennes peut entraîner l'asphyxie ou la broncho-pneumonie par déglutition.

La constriction des mâchoires n'est pas une maladie : c'est un syndrome secondaire à une lésion buccale ou faciale, ou articulaire. Elle est *temporaire* ou *permanente* : *temporaire*, elle est due à la contraction des muscles élévateurs de la mâchoire (masséter et ptérygoïdiens) sous l'influence d'une arthrite temporo-maxillaire, d'une inflammation de voisinage (éruption vicieuse de la dent de sagesse, ostéomyélite de la mâchoire). *Permanente* elle est en général *unilatérale*, rarement *bilatérale*. Elle peut reconnaître trois origines différentes. 1° *Origine cicatricielle* : la plus fréquente. Une lésion a détruit soit la muqueuse, soit la peau de la joue, soit la joue en totalité : la perte de substance s'est comblée par une cicatrice rétractile et raide, quelquefois infiltrée de cartilage, qui immobilise la mâchoire : du côté de la muqueuse, il s'agit d'un noma, d'une stomatite ulcéro-membraneuse ou mercurielle ; du côté de la peau, d'un lupus, d'une brûlure, d'une plaie accidentelle ou chirurgicale ; 2° *Origine articulaire* : l'articulation s'est ankylosée à la suite d'une fracture du col du condyle, d'une arthrite traumatique, rhumatismale ou blennorragique. Parfois l'affection causale est une otite moyenne, une mastoïdite, une ostéomyélite du maxillaire qui a déterminé une arthrite suppurée ; 3° *Origine musculaire*. Les muscles élévateurs, après une période de contracture réflexe ou une myosite, se sont rétractés. Cette dernière cause est rare et existe rarement seule : la rétraction musculaire accompagne plutôt une lésion articulaire.

Traitement. — Il varie suivant la cause. S'agit-il d'une cicatrice jeune et peu étendue, la dilatation, en écartant les arcades dentaires, l'assouplira et donnera du jeu à la mâchoire. Si la cicatrice est ancienne et comble le vestibule de la bouche, on aura recours à l'incision ou à l'ablation suivie d'autoplastie. Dans les ankyloses, et dans les cas d'une ankylose unilatérale, deux méthodes sont en présence : 1° *l'ostéotomie de la mâchoire*

inférieure en avant du masséter, pour créer une pseudarthrose et permettre à l'articulation restée mobile de jouer (méthode d'ESMARCH-RIZZOLI); 2° la *résection du condyle* ankylosé, pour obtenir une néarthrose. La constriction bilatérale est plus difficilement curable; seule, la résection des deux condyles peut mobiliser le maxillaire.

ARTICLE IV

TUMEURS DES MACHOIRES

Les deux maxillaires, supérieur et inférieur, offrent ce caractère spécial d'être des os portant des dents. Donc, en dehors des *tumeurs osseuses communes*, ils sont le siège de *formations néoplasiques, pleines ou kystiques, qui se rattachent à la présence des dents*; et cela dans deux conditions pathogéniques différentes. Tantôt ces néoplasies prennent naissance à la période odontoplastique, c'est-à-dire qu'elles sont contemporaines de l'époque où se forment les tissus dentaires. Tantôt leur évolution est plus tardive: elles apparaissent à l'âge où le développement dentaire est achevé et ont pour point de départ des petites masses cellulaires qui représentent, chez l'adulte, des résidus épithéliaux de dentition (débris paradentaires de Malassez).

Cette distinction est capitale. Depuis BROCA, on désigne sous le nom d'*odontomes* les tumeurs de la première catégorie, c'est-à-dire celles qui se développent pendant l'évolution des follicules et sont constituées par l'hypergenèse des tissus dentaires transitoires ou définitifs.

Dans le second groupe se classent les néoplasies *épithéliales* qui apparaissent chez l'adulte et qui prennent la forme soit de masses cellulaires solides et pleines, soit de production kystiques, soit même de kystes véritables, petits ou volumineux, unis ou multiloculaires. — Or comment s'expliquer la naissance de tumeurs franchement *épithéliales*, au sein d'un os, à distance de l'épithélium gingival?

Une seule hypothèse répond à ce problème. La formation

de la dent humaine résulte de deux processus: 1° d'un processus conjonctif qui produit le bulbe dentaire, et ultérieurement la dentine, la pulpe et le cément; 2° d'un processus épithélial qui forme l'organe adamantin, et par suite l'émail. Eh bien, c'est grâce à l'enfoncement intra-osseux d'un bourgeonnement épithélial, issu de l'épithélium gingival, que se constitue l'organe adamantin. Et l'on comprend que ces enfoncements épithéliaux laissent persister chez l'adulte, au sein des mâchoires, une fois la dentition achevée, des masses cellulaires restées sans emploi, qui peuvent devenir l'origine des néoformations diverses intramaxillaires. Cette théorie a été émise par VERNEUIL et démontrée par un mémoire célèbre de MALASSEZ en 1885.

Il en résulte que la pathogénie des tumeurs des mâchoires ne peut être comprise que par la connaissance des points essentiels du développement normal des dents.

Vers le 40° ou 45° jour de la vie intra-utérine, on voit l'épithélium qui recouvre le bord gingival, sous la forme d'une saillie lisse (bourrelet épithélial), s'enfoncer dans le tissu embryonnaire du maxillaire, sous la forme d'une bande épithéliale convexe en dehors du côté de la joue.

De la face concave de ce bourrelet, se détache, comme une crosse, une saillie transversale (lame épithéliale de KÖLLIKER), dont le bord libre incurvé donne lieu à une série de petits bourgeons qui constituent les germes des dents futures. Chacun de ces bourgeons adamantins se développe peu à peu, se pédiculise, s'isole même de la lame épithéliale, pendant que sa partie renflée, se déprimant en cul de bouteille, vient coiffer

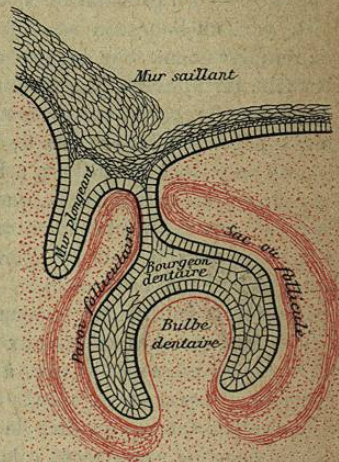


Fig. 92.

Schéma du développement de la dent.