

1° Ouvrir le kyste. — La lèvre supérieure étant fortement relevée à l'aide d'un écarteur, divisez la muqueuse et pénétrez dans le kyste à l'aide d'un bistouri solide. Réséquez le plus possible de la paroi osseuse externe du kyste avec une pince à griffes et des ciseaux, ce qui est en général facile, vu la minceur de cette paroi. S'il existait des dents malades ou des chicots dans le point correspondant au kyste, il faudrait en débarrasser le malade.

2° Modifier le kyste. — Promenez dans la cavité de la poche un pinceau imbibé de teinture d'iode pure et laissez-y à demeure un petit tampon d'ouate ou de gaze iodoformée.

3° S'opposer à la fermeture de l'orifice. — Si l'on ne surveille pas le malade avec soin, si l'orifice muqueux se ferme avant que les parois du kyste soient suffisamment affaissées et rapprochées l'une de l'autre, la récurrence est fatale. Il convient donc de maintenir jusqu'à guérison un petit tampon dans la cavité du kyste en le renouvelant tous les deux ou trois jours et en en diminuant graduellement le volume.

8° AFFECTIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

J'étudierai successivement : les fractures; la luxation; l'arthrite temporo-maxillaire, l'ostéo-périostite; la nécrose; la constriction; les névralgies; les divers néoplasmes, et je terminerai par un chapitre de médecine opératoire comprenant la résection du maxillaire inférieur.

A. Fractures du maxillaire inférieur. — Les fractures du maxillaire inférieur sont relativement communes. Elles succèdent ordinairement à un choc direct. Cependant une violente pression exercée sur la branche droite, je suppose, peut, en exagérant la courbure de l'os, produire une fracture indirecte de la branche gauche. J'ai vu un cas plus difficile à comprendre : c'est une fracture directe d'un côté et indirecte de l'autre côté.

Très rarement médiane, la fracture occupe presque toujours les côtés de la symphyse du menton. Elle est simple ou double. Dans ce dernier cas, il existe un fragment médian isolable, susceptible d'acquiescer une mobilité suffisante pour être attiré en arrière et provoquer des phénomènes de suffocation. Je ne désigne pas sous le nom de fractures du maxillaire inférieur celles qui n'atteignent que le rebord alvéolaire.

Le diagnostic de ces fractures est en général facile et s'impose en quelque sorte, si la lésion occupe le corps de l'os, mais, si elle siège sur la branche montante et à plus forte raison vers le col du condyle, les fragments étant maintenus en place, on peut aisément méconnaître la fracture, ce qui d'ailleurs ne porterait au malade qu'un léger préjudice, puisque dans ces cas il n'y a pas de traitement spécial à faire.

Les fractures du corps du maxillaire sont celles qui intéressent surtout le praticien; elles s'accompagnent presque toujours d'un déplacement très marqué des fragments dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur, ce dont on se rend compte surtout en examinant le niveau des dents de chaque côté du trait de la fracture. En saisissant chaque fragment avec une main, on imprime facilement de la mobilité latérale et de la crépitation. Cette mobilité est d'ailleurs très variable suivant les sujets et fournit pour le traitement des indications spéciales. Lorsque le périoste et la gencive ont été totalement divisés, la mobilité peut être telle que l'on éprouve un mal infini à maintenir les fragments en contact; dans le cas contraire, c'est à peine s'il existe entre les dents une légère différence de niveau et la coaptation des fragments se fait d'elle-même. Ainsi s'expliquent les nombreux modes de traitement proposés par les auteurs, depuis la simple mentonnière jusqu'à la suture des os.

Le malade ressent une douleur plus ou moins vive, qui, bien localisée, peut être presque le seul signe de la fracture des branches montantes. Il se produit un écoulement abondant de salive, et inutile de dire que les mouvements physiologiques de la mâchoire sont notablement gênés.

Ce qui précède me paraît suffisant pour permettre au praticien d'établir son diagnostic et d'instituer un traitement rationnel. Il est évident qu'il n'y a pas de traitement applicable à tous les cas de fracture, et sous ce rapport on peut diviser celles-ci en fractures sans déplacement et fractures avec déplacement. Les premières, même, lorsqu'il y a un très léger déplacement, sont susceptibles de guérir avec une simple mentonnière ou bien l'application du bandage désigné sous le nom de *fronde* : leur traitement est donc des plus simples.

Il n'en est pas de même des secondes, contre lesquelles on a proposé les moyens les plus variés, preuve qu'ils échouent souvent. Je signalerai le maintien des dents et du rebord alvéo-

laire dans une gouttière de gutta-percha, procédé ingénieux, mais d'une application difficile et manquant souvent son but; la fixation entre elles des dents contiguës à la fracture au moyen d'un fil d'argent passé autour du collet, moyen insuffisant lorsque les fragments ont une grande tendance à glisser l'un sur l'autre.

Ce n'est pas seulement pour obtenir une bonne coaptation qu'il est important de maintenir les fragments, c'est aussi pour s'opposer à l'inflammation, à la suppuration du foyer de la fracture; celle-ci communique nécessairement avec l'air extérieur et appartient en conséquence à la variété des fractures compliquées. Aux accidents ordinaires de ces fractures s'ajoute encore dans le cas particulier l'introduction dans l'estomac de matières septiques, qui peut amener la mort du malade. Aussi, lorsque les moyens ordinaires de contention ne paraissent pas suffisants, il ne faut pas hésiter, dès le début du traitement, à pratiquer la suture des fragments à l'aide d'un solide fil d'argent que l'on passe dans un trou fait avec un perforateur; il en résulte parfois la production d'un petit séquestre, ce qui n'offre pas de gravité. Le malade se lavera très fréquemment la bouche avec une solution antiseptique et sera nourri avec des aliments mous et liquides. On aurait au besoin recours à la sonde œsophagienne.

B. Luxation de la mâchoire inférieure. — Les luxations de la mâchoire inférieure ne peuvent s'effectuer qu'en avant. Dans des cas très exceptionnels, on a vu le condyle se porter en dehors et même en arrière dans le conduit auditif externe, mais il faut pour cela des désordres complexes et en particulier des fractures préalables: aussi peut-on négliger dans la pratique les quelques très rares observations qui relatent ces faits.

La luxation de la mâchoire résulte d'une ouverture exagérée de la bouche et se produit à peu près constamment dans le bâillement. Les malades éprouvent une vive douleur et ne peuvent plus rapprocher les mâchoires l'une de l'autre: c'est là le signe caractéristique de la luxation.

J'ai étudié avec quelques détails (*Anat. topogr.*, fig. 112, 4^e édition) le mécanisme de sa production et je ne dois pas y revenir ici, tout en rappelant que la fixation du condyle dans sa nouvelle position est sans aucun doute, à mon avis, le résultat de la contraction musculaire. La meilleure preuve, c'est que la réduction se fait sans le moindre effort sans le chloroforme, ce qui n'aurait

pas lieu, si l'obstacle était dû à la résistance mécanique du ménisque. Voyez, par exemple, ce qui se passe dans la luxation du pouce, où la puissance musculaire ne joue aucun rôle.

Les signes de la luxation sont si évidents que le malade établit lui-même le diagnostic de son affection: la mâchoire inférieure est portée en avant; les arcades dentaires ne se correspondent plus et ne peuvent être mises au contact; une dépression très marquée existe en avant du tragus au lieu et place du condyle. Il en résulte une gêne extrême pour la déglutition, la phonation, etc.

Si le diagnostic s'impose quand la luxation est bilatérale, il n'en est pas de même lorsque le condyle ne s'est déplacé que d'un côté; l'erreur est alors possible et j'en ai vu des exemples. Les signes sont en effet beaucoup moins évidents et il faut les analyser avec soin pour reconnaître la lésion. Dans la luxation unilatérale, les arcades dentaires ne sont pas écartées l'une de l'autre et se correspondent au moins d'un côté. On constate cependant un défaut de symétrie à droite et à gauche: le maxillaire inférieur déborde le supérieur du côté luxé, il existe une dépression anté-auriculaire. Mais le principal signe à mon avis est le suivant: portez les doigts dans le vestibule de la bouche et cherchez le bord antérieur des apophyses coronaires; vous constaterez facilement que l'apophyse du côté luxé est sur un plan notablement antérieur à celui qu'elle occupe du côté sain.

Pour réduire cette luxation, il faut remplir deux indications: porter d'abord le condyle en bas et ensuite en arrière. Si on reporte le condyle directement en arrière, on échoue à coup sûr, car il vient butter contre le relief formé par la racine transverse de l'apophyse zygomatique; tout le secret de la réduction consiste à éviter cet écueil. Il est évident que, si vous endormez le malade jusqu'à résolution, le condyle, n'étant plus maintenu en place par la contraction des muscles élévateurs de la mâchoire, abandonnera en quelque sorte de lui-même la fosse zygomatique et rentrera sous l'influence d'une légère pression. Mais je suppose le malade éveillé, ce qui est le cas habituel, d'autant plus qu'il ne faut recourir au chloroforme qu'en dernier ressort. Laisant de côté les divers procédés de réduction décrits par les auteurs, je me contenterai d'indiquer celui que je crois le meilleur et qui m'a toujours réussi, même dans les luxations un peu anciennes, alors que l'instrument de Stromeyer avait été inutilement employé.

La première condition est de pouvoir exercer sur le maxillaire inférieur une pression dans le sens vertical, afin de faire descendre le condyle au-dessous de la racine transverse : or, si vous opérez sur le malade couché dans son lit, ou bien assis devant vous sur une chaise, vous n'avez aucune force pour exécuter cette pression dans le sens vertical ; il faut que le malade soit étendu par terre, sur un matelas ou un tapis, et que vous soyez placé immédiatement au-dessus de la tête située entre vos deux jambes.

Introduisez alors chaque pouce, non pas entre les arcades dentaires, c'est inutile, mais dans le vestibule de la bouche aussi loin que possible, c'est-à-dire en arrière de l'axe du mouvement de la mâchoire, sans quoi votre pression aurait pour résultat d'abaisser le menton et par conséquent d'exagérer le déplacement du condyle en le faisant basculer en avant ; allez chercher la base des apophyses coronoides déjetées normalement en dehors de l'arcade dentaire. Les deux pouces entourés de linge, pour qu'ils ne glissent pas, étant bien appliqués en ce point, saisissez l'angle des mâchoires avec les autres doigts et combinez alors les deux mouvements de pression verticale et de propulsion en arrière, ce que la position du malade vous permet de faire à la fois.

J'ai parlé tout à l'heure de l'instrument de Stromeyer, très ingénieusement construit pour exercer une pression sur la partie la plus reculée des arcades dentaires en même temps qu'il relève le menton. On pourrait y avoir recours en cas de luxation ancienne ayant résisté à la pression manuelle bien exécutée comme je viens de le dire. Si la luxation est trop ancienne, elle devient absolument irréductible comme dans les autres régions du corps. J'en ai pourtant réduit une datant de six semaines.

C. Arthrite temporo-maxillaire. — Je ne ferai que mentionner l'arthrite temporo-maxillaire que l'on a rarement l'occasion de rencontrer. J'en ai observé sur des sujets atteints de blennorrhagie. Elle se révèle par une vive douleur locale, un peu de gonflement au niveau du condyle, de l'élévation de température. Les malades éprouvent la plus grande difficulté à ouvrir la bouche en raison de la douleur que provoquent les mouvements.

Il ne faudrait pas confondre cette arthrite avec la contracture qui résulte souvent de l'évolution de la dent de sagesse. Songez toujours à cette dernière cause lorsqu'il s'agit d'un jeune sujet atteint de douleur dans la région temporo-maxillaire.

Quelques sangsues, des vésicatoires volants, des pointes de feu superficielles, constitueront la base du traitement.

D. Ostéo-périostite ou périostite phlegmoneuse de la mâchoire inférieure. — L'ostéo-périostite de la mâchoire inférieure est une affection commune, laquelle, presque toujours, n'est que l'extension au corps de l'os d'une périostite primitivement alvéolo-dentaire. Cette affection m'a paru plus fréquente à la mâchoire inférieure qu'à la mâchoire supérieure, mais ce n'est pas le principal motif qui m'engage à en faire un chapitre à part. La vraie raison, c'est que la périostite alvéolo-dentaire donne également souvent naissance à un adéno-phlegmon sous-maxillaire dont je m'occuperai plus tard à propos du cou, et qu'il y a intérêt à ne pas confondre ces deux affections, qui présentent une marche différente et souvent ne sont pas suivies des mêmes conséquences.

L'affection débute par la douleur au niveau d'une dent, et bientôt un gonflement douloureux s'étendant au corps de l'os envahit une partie de la région sus-hyoïdienne. La peau est rouge, tendue, luisante ; le malade éprouve une violente douleur et il existe un mouvement fébrile très prononcé. Après quelques jours, la tuméfaction se localise de plus en plus ; la masse devient œdémateuse, puis fluctuante ; une collection purulente s'est formée entre le périoste et l'os, et, lorsqu'on donne issue au pus, on trouve le maxillaire inférieur à nu dans une certaine étendue.

On distingue l'ostéo-périostite de l'adéno-phlegmon par plusieurs caractères : d'abord le siège ; — dans l'adéno-phlegmon, le corps de l'os est intact, surtout au début, où l'on sent nettement le ganglion engorgé sous le rebord de la mâchoire ; — dans l'ostéo-périostite, c'est sur l'os lui-même que porte le gonflement ; la région sus-hyoïdienne est un peu plus tard légèrement tuméfiée, mais il est aisé de voir qu'elle n'est pas le point maximum de l'affection. — Dans l'ostéo-périostite, si l'on explore le vestibule de la bouche, on trouve que la muqueuse est soulevée dans le point correspondant à la tumeur cutanée, on y constate même quelquefois de la fluctuation ; — dans l'adéno-phlegmon, le vestibule de la bouche est toujours sain.

Il existe à la face externe du maxillaire inférieur au devant du masséter, à côté de l'artère faciale, un ganglion lymphatique dont l'inflammation pourrait plutôt, en raison de son siège, être confondue avec une ostéo-périostite, mais alors le vestibule de la

bouche est toujours libre dans le point correspondant à la tumeur extérieure.

Le traitement de l'ostéo-périostite consiste à appliquer d'abord des émoullients ou des résolutifs, mais surtout à donner issue au pus aussitôt que la fluctuation en décèle manifestement la présence; c'est la seule manière d'éviter les décollements périostiques et la nécrose qui en pourrait être la conséquence. Cette affection, en effet, et c'est en cela qu'elle diffère surtout de l'adéno-phlegmon du cou, peut être suivie d'une suppuration d'assez longue durée, qui ne s'arrête qu'après l'élimination d'un petit séquestre et laisse après elle une cicatrice déprimée et adhérente. On conçoit qu'il y ait grand intérêt à établir un diagnostic exact, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une jeune fille. Si le foyer faisait sous la muqueuse une saillie telle qu'on pût espérer le vider par la bouche, ce qui arrive quelquefois, il ne faudrait pas hésiter, bien entendu, à suivre cette voie, mais ce cas est de beaucoup le plus rare, et c'est du côté de la peau qu'il faut pratiquer l'incision. Heureusement, le plus souvent, le périoste se réapplique tout de suite sur l'os, se recolle; la fistule et la nécrose sont ainsi évitées, surtout si l'intervention a été hâtive. Il serait certainement très préjudiciable au malade d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès, sous prétexte d'éviter une cicatrice apparente, car on irait ainsi à l'encontre du but poursuivi.

L'ostéo-périostite de la mâchoire inférieure peut affecter une marche beaucoup moins aiguë que la précédente; elle apparaît alors sous forme de poussées successives qui se terminent par résolution ou la formation d'un petit foyer sous-muqueux bien limité jusqu'au jour où, l'os devenant malade, une fistule permanente s'établit et ne se tarit que par l'élimination des parties atteintes. Il est indispensable dans ces diverses circonstances de commencer par supprimer la cause initiale du mal, c'est-à-dire la dent malade, et de se rappeler que des dents dont la couronne est saine peuvent être atteintes au niveau de leur racine d'une nécrose ou d'une inflammation qui sont l'origine de la périostite alvéolo-dentaire.

E. Nécrose de la mâchoire inférieure. — La nécrose peut envahir les deux mâchoires, mais, en raison de sa plus grande fréquence à la mâchoire inférieure, j'ai cru devoir en tracer ici l'histoire.

La nécrose peut être consécutive à une ostéo-périostite simple,

ainsi que je l'ai dit dans le chapitre précédent; elle peut reconnaître pour cause la présence d'une gomme syphilitique, surtout à la mâchoire supérieure; dans ces cas, elle ne diffère ni par le processus, ni par les signes, ni par le traitement, de celle qu'on observe dans les autres parties du corps, et ne mériterait pas de donner lieu à un chapitre spécial.

Mais la mâchoire inférieure est le siège d'une variété de *nécrose infectieuse* qui présente une marche et des signes particuliers en même temps qu'une gravité extrême; c'est une sorte de nécrose aiguë totale de la mâchoire, qui ne s'arrête que lorsque tout l'os primitif a été éliminé. Une seconde variété est celle qui résulte de l'action du phosphore, la *nécrose phosphorée*.

Laissant donc de côté la nécrose partielle, conséquence d'une ostéo-périostite simple, j'admets deux espèces de nécroses de la mâchoire inférieure: la *nécrose aiguë infectieuse* et la *nécrose phosphorée*.

Nécrose aiguë infectieuse. — Cette variété de nécrose reconnaît pour cause une ostéo-myélite primitive d'origine probablement microbienne et se rapproche beaucoup de l'ostéo-myélite aiguë des adolescents; cependant on l'observe chez l'adulte. Elle débute brusquement par de la douleur, un gonflement considérable de la mâchoire et des symptômes généraux graves. Les dents s'ébranlent, des abcès se forment, s'ouvrent sur le rebord alvéolaire, dans le vestibule de la bouche; le pus s'écoule avec la plus grande abondance et présente une extrême fétidité. De nouveaux abcès succèdent aux premiers, s'ouvrent à la peau et, si l'on explore avec le stylet, on trouve l'os dénudé; il existe un séquestre. Au bout d'un temps variable, le séquestre devient mobile et vous l'enlevez. Cette opération amène un soulagement notable; la suppuration diminue, disparaît même quelquefois, si le microbe n'a envahi qu'une partie de la mâchoire, et le malade est guéri.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; malade et chirurgien ne tardent pas à éprouver une cruelle déception: la suppuration reparait aussi abondante, un nouveau séquestre s'est produit. Il se mobilise et on en fait l'extraction. Nouvelle amélioration et nouvelle déception. Bref, la maladie ne se termine que lorsque toutes les parties frappées de mort sont éliminées. J'ai vu un malheureux chiffonnier auquel j'ai successivement enlevé ainsi le corps et les deux branches du maxillaire inférieur. Il se porte