

tion. Les règles à suivre sont très différentes dans les deux cas.

*Résection médiane.* — Détacher la lèvre inférieure et la peau du menton et les faire glisser au-dessous de l'os. Si la peau est malade et doit être enlevée en même temps que l'os, pratiquer une incision verticale de chaque côté vis-à-vis du point à sectionner. — Conduire par derrière l'os une scie à chaîne et scier la mâchoire. — Avant de détacher l'os et par conséquent de désinsérer le muscle génio-glosse, passer un fil dans la langue pour empêcher celle-ci de se porter en arrière et d'obturer le larynx en abaissant l'épiglotte. — Maintenir le fil à l'extérieur pendant au moins les premières vingt-quatre heures. — Suture les deux bords de l'os.

*Résection totale.* — Cette résection est complexe, difficile, et demande à être conduite aussi rapidement que possible. Il existe de légères variantes dans le procédé, mais je répète encore ici que l'important est d'en avoir un et de le posséder à fond. Le chirurgien doit avoir très présente à l'esprit la succession des divers temps opératoires et ne pas s'en écarter en route, à moins de circonstances tout à fait imprévues. Un plan opératoire bien conçu et bien arrêté d'avance est déjà à moitié exécuté. Voici celui que je recommande :

1° La lèvre inférieure, bien tendue par un aide, est divisée sur la ligne médiane jusqu'au-dessous du menton. Une pince est placée sur chaque coronaire.

2° Une aiguille courbe est passée de bas en haut derrière la symphyse du menton et sert à conduire une scie à chaîne.

3° Scier la mâchoire sur la ligne médiane en se tenant autant que possible entre les deux génio-glosses. L'incisive correspondante aura été enlevée préalablement. La section de l'os peut se faire avec une petite scie à main, mais on s'expose à contusionner les parties molles; la scie à chaîne est préférable. Ayez toujours à votre disposition un ciseau et un maillet pour achever la section en cas d'accident.

4° De l'extrémité inférieure de la plaie cutanée médiane faire partir une incision horizontale parallèle au bord inférieur de la mâchoire et allant jusque derrière l'angle de cet os. Mettre une pince sur l'artère faciale.

5° Détacher le lambeau qui résulte de ces deux incisions en rasant la face externe de la mâchoire. Arrivé au niveau de l'angle, détacher soigneusement le masséter et le ptérygoïdien interne de façon à pouvoir contourner nettement cet angle avec le doigt.

6° Saisir l'extrémité interne de l'os avec les doigts, l'attirer en dehors et raser la face interne de façon à détacher la muqueuse et les muscles qui s'attachent au bord inférieur; arriver ainsi jusqu'à l'apophyse coronéide.

7° Couper le tendon du crotaphyte : c'est l'un des temps difficiles de l'opération. Rappelez-vous bien les attaches de ce muscle à l'apophyse coronéide (*Anat. topogr.*, 4<sup>e</sup> édition, p. 22). Abaissez l'os le plus possible et confiez-le à un aide; portez l'indicateur gauche sur le sommet de l'apophyse et dirigez sur ce point de forts ciseaux courbes, en rasant soigneusement la pointe et la face interne de l'apophyse.

8° Le maxillaire inférieur ne tient plus dès lors que par ses ligaments articulaires et le muscle ptérygoïdien externe. Ne cherchez pas à diviser ces parties avec le bistouri ou les ciseaux; procédez par arrachement. Pour cela, saisissez le maxillaire avec un davier et imprimez-lui un mouvement brusque de traction et de torsion combinés.

Lorsque la lésion de la mâchoire est limitée à la branche montante, il n'est pas nécessaire de pratiquer la section de l'os sur la ligne médiane, mais sur un point sain du corps de l'os; une simple incision horizontale sous la mâchoire suffit pour passer la scie à chaîne et détacher les parties molles. Du reste, l'opération doit être exactement conduite comme dans le cas précédent.

Un accident opératoire auquel il faut s'attendre sur le vivant, c'est, quand on exécute le mouvement de traction et de torsion, la rupture de la branche montante préalablement détruite par le néoplasme. Il faut la ressaisir plus haut avec le davier.

#### 9° MALADIES DES GENCIVES ET DES DENTS.

Les gencives sont le siège d'inflammation, d'ulcérations, etc., décrites sous le nom de gingivites, liées soit à un mauvais état local des dents, soit à l'état général. Elles relèvent plus spécialement de la pathologie interne.

Les gencives ont été considérées comme étant le point de départ d'un groupe de tumeurs décrit sous le nom d'épulis, ce qui n'est pas exact, puisque l'épulis provient souvent de l'alvéole et part de la racine d'une dent. C'est pour cette raison que j'ai cru devoir étudier les épulis avec les affections des mâchoires.



Les maladies des dents constituent une branche de la chirurgie tellement spéciale que je ne crois pas devoir en parler longuement ici. Je dirai seulement quelques mots des points qui intéressent la chirurgie générale.

L'évolution des dents donne lieu à un certain nombre d'accidents. A la sortie des dents de lait, si le tissu gingival qui recouvre la dent est trop résistant, l'enfant peut éprouver de la douleur qui se manifeste par de l'agitation, des cris et même des convulsions. Il faut tout de suite opérer un petit débridement de la gencive.

Les principaux accidents liés à l'évolution dentaire se produisent à la sortie de la dent de sagesse et à peu près constamment de celle de la mâchoire inférieure. Par suite du manque d'espace, la troisième grosse molaire ou dent de sagesse se développe parfois dans l'épaisseur de la branche montante du maxillaire inférieur, même entre les deux lames de l'apophyse coronéide, et donne naissance à une variété de kyste. Le plus ordinairement, elle traverse avec peine la muqueuse qui la recouvre, la comprime, la distend, en détermine l'ulcération et provoque des douleurs susceptibles d'atteindre une très grande intensité. Il peut survenir du gonflement de la région sous-maxillaire, et une constriction telle des mâchoires que les sujets ne peuvent ouvrir la bouche. Si cet état persiste la contracture des masséters se transforme en une véritable rétraction et la constriction des mâchoires, devenue permanente, nécessite le traitement spécial dont j'ai parlé plus haut.

Le diagnostic de ces divers accidents est facile. Pour reconnaître la cause, il suffit le plus souvent d'y songer et de compter les dents du malade. Si la troisième molaire n'est pas sortie, il est bien probable que c'est elle qui en est le point de départ.

Le traitement le plus simple consiste à débrider la muqueuse qui la recouvre. Si la dent présentait une direction vicieuse, il en faudrait pratiquer l'extraction, ce qui n'est pas toujours facile. On a même conseillé, dans les cas malaisés, d'enlever la seconde grosse molaire, quoique saine, pour faire place à la troisième.

On peut rattacher à une évolution vicieuse des dents les déformations de la couronne, étudiées surtout par Hutchinson et rattachées par lui à la syphilis héréditaire. Je n'ai pas à m'occuper ici de ce sujet.

La carie constitue la principale maladie des dents et rentre trop

étroitement dans la spécialité pour que je doive m'y arrêter. Le seul traitement, je ne dis pas rationnel, mais celui auquel ont recours la grande majorité des praticiens, est l'ablation de la dent lorsque celle-ci est douloureuse.

Le périoste qui tapisse l'alvéole et la racine de la dent peut être enflammé et donner naissance à une *périostite alvéolo-dentaire*. Celle-ci est parfois aiguë et se propage rapidement au corps de la mâchoire (je m'en suis déjà occupé plus haut) ou bien retentit sur un ganglion sous-maxillaire et est le point de départ d'un adénophlegmon du cou.

En général, la périostite donne d'abord naissance à une sensation de gêne, puis à une douleur plus ou moins intense. Repoussée mécaniquement par le gonflement du périoste, la dent est allongée, ce dont le malade se rend très bien compte en rapprochant les arcades dentaires. La pression diminue parfois la douleur et d'autres fois l'exagère. La dent s'ébranle peu à peu et devient tout à fait mobile dans l'alvéole.

Les accidents peuvent disparaître complètement après quelques jours, pour se présenter à nouveau, mais on observe aussi des abcès qui s'accompagnent de phénomènes généraux, de douleurs irradiantes dans toute la face. Le périoste du maxillaire peut être envahi.

On traite cette affection par des applications d'un liquide caustique : acide chromique, teinture d'iode, etc., mais si la maladie se reproduit et menace d'atteindre l'os lui-même, il faut enlever la dent.

Il existe une autre forme de périostite alvéolo-dentaire à marche essentiellement chronique encore nommée *gingivite explosive, piorrhée inter-alvéolaire*; la dent, chassée progressivement de son alvéole, s'allonge, s'ébranle, et finit par tomber. Pendant tout ce temps, il se fait au niveau du collet une suppuration plus ou moins abondante. L'extraction sera presque toujours nécessaire dans ce cas.

La racine de la dent est entourée d'une couche mince de tissu osseux appelée *cément*, qui peut être atteinte de *nécrose* avec intégrité de la couronne. Cette nécrose est souvent le siège de douleurs, d'abcès de voisinage, et surtout de fistules permanentes des mâchoires. Le seul traitement efficace consiste dans



l'ablation de la dent. C'est à ces cas surtout que convient la réimplantation immédiate, après résection de la portion malade, opération que M. Magitot a beaucoup préconisée dans ces dernières années sous le nom de *greffe dentaire par restitution* et qui me paraît très rationnelle.

Je terminerai ce chapitre en disant : Toutes les fois que vous observerez une fistule au voisinage des mâchoires, songez que le point de départ est à peu près constamment une dent malade. Or la racine de l'une d'elles peut être atteinte de nécrose, sans que rien à l'extérieur puisse le faire reconnaître. La percussion successive des dents révélera souvent seule la dent malade, celle qu'il convient d'arracher pour guérir la fistule.

## DEUXIÈME SECTION

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DU RACHIS

Le rachis est affecté de traumatismes; il est atteint d'affections inflammatoires; on y observe des lésions organiques; des vices de conformation; des déviations.

Ce qui différencie les affections du rachis de celles des autres régions, c'est leur retentissement fréquent sur la moelle épinière. Celle-ci peut sans doute présenter des lésions essentielles qui constituent le groupe des myélites, mais leur étude rentre dans le cadre de la pathologie interne. Les affections de la moelle de nature chirurgicale sont rarement primitives; presque toujours elles résultent d'une lésion de la colonne vertébrale proprement dite: aussi n'y a-t-il pas lieu d'établir ici, comme en anatomie, deux chapitres distincts: l'un pour la colonne vertébrale, l'autre pour la moelle et ses enveloppes. Il est préférable d'étudier simultanément les affections de ces parties.

#### 1° TRAUMATISMES DU RACHIS.

En présence d'un sujet atteint d'une blessure du rachis, votre premier soin sera de vous enquérir de la cause qui l'a produite. Est-ce une plaie par instrument piquant ou tranchant? Est-ce une plaie par arme à feu? Est-ce un choc résultant d'une chute, de la pression d'un corps pesant? Un interrogatoire sommaire et le plus simple examen vous renseigneront en général sur ce point.

Une autre préoccupation, quel que soit d'ailleurs le genre