

la cloison des fosses nasales, en dehors par le muscle buccinateur, en haut par le muscle droit inférieur de l'œil et le tissu adipeux de l'orbite, et communiquant largement en bas avec la bouche et l'isthme du gosier. On affronte le lambeau que l'on a taillé dans le premier temps de l'opération par la suture entortillée. L'hémorragie est arrêtée par la ligature, le caustère actuel et le tamponnement.

RÉSECTIONS PARTIELLES. On les pratique aux dépens de l'arcade alvéolaire seule; ou bien de l'arcade alvéolaire et d'une partie de l'apophyse palatine du maxillaire; ou bien de la portion alvéolo-palato-canine, et alors on enlève tout l'os à l'exception de la portion orbitaire; ou bien enfin de la portion orbito-canine, et dans ce cas on ne conserve que la portion palatine et l'arcade alvéolaire.

Le professeur Nussbaum (de Munich) a proposé d'exécuter une *trachéotomie* préliminaire dans les opérations d'extirpation du maxillaire supérieur ou des tumeurs de cet os. Redoutant les dangers qui, dans les opérations faites dans la bouche, peuvent résulter de l'écoulement du sang, comme la suffocation, la pneumonie produite par de petits caillots et les lésions possibles de la gorge par le contact répété de l'éponge pour étancher le sang, il a cherché à y remédier en ouvrant la trachée et en obstruant ensuite la gorge avec plusieurs épaisseurs de linge huilé. L'opération terminée, il enlève ce tampon et la canule, pour fermer la plaie du cou et permettre la respiration par la voie ordinaire.

SECTION XXVII

MALADIES DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

ARTICLE I.

Resserrement permanent des mâchoires.

Le resserrement *permanent* des mâchoires est dû à plusieurs causes, dont les unes se trouvent dans l'articulation temporo-maxillaire, les autres en dehors de l'articulation. Il peut y avoir ankylose complète par fusion du condyle du maxillaire et de la cavité glénoïde du temporal. Tantôt alors l'ankylose de la mâchoire accompagne l'ankylose de toutes les autres articulations du squelette; il en a été ainsi dans les faits rapportés par Larrey (de Toulouse), S. Cooper, Percy; d'autres fois, ainsi que cela a été observé par Cruveilhier, Snell, Payan, Healy, l'ankylose est bornée aux articulations temporo-maxillaires. Lorsqu'il existe une ankylose de tout le

squelette, on l'a expliquée par une diathèse spéciale; mais quand l'ankylose est bornée à l'articulation temporo-maxillaire, elle est due à l'inflammation de la jointure, provoquée soit par le repos prolongé de l'article (voy. t. I, p. 588), soit par l'action qu'exerce un appareil compressif, soit encore par une fracture au voisinage de l'articulation.

On observe une rigidité *passagère* des mouvements de la mâchoire inférieure et l'impossibilité de l'écarter de la supérieure, dans un certain nombre d'affections aiguës développées au voisinage de l'articulation: les oreillons, la parotidite, les fluxions dentaires et les abcès qui sont la conséquence de ces fluxions. Il est difficile de déterminer si, dans ces divers cas, la rigidité *temporaire* est due à une inflammation articulaire ou à une contracture des muscles qui entourent l'articulation.

On a aussi attribué le resserrement *permanent* des mâchoires à la rétraction ou à la contracture des muscles masticateurs, notamment le masséter et le temporal. Bien plus souvent cette immobilité est due à des *brides cicatricielles* des parois de la bouche. Ces brides occupent la face interne des lèvres et des joues, et font adhérer ces parties à la surface correspondante des deux os maxillaires; ou bien elles unissent solidement ensemble les deux os maxillaires par des languettes fibreuses, fibro-cartilagineuses ou même osseuses. Le siège et l'étendue des adhérences varient: il y a des brides *antérieures*, *labio* ou *géo-maxillaires*, qui respectent la muqueuse de la partie la plus profonde du vestibule buccal; des brides *postérieures*, *géo-maxillaires profondes* ou *intermaxillaires*, qui sont situées au niveau des grosses molaires ou vers l'angle de la mâchoire, dans la partie la plus profonde du vestibule buccal. Toutes ces adhérences anormales des joues et des lèvres aux mâchoires, des deux os maxillaires entre eux, sont la conséquence de coups de feu, de fractures compliquées, de gangrène spontanée de la muqueuse buccale chez les enfants, de la stomatite mercurielle. En général, les brides n'occupent qu'un des côtés des maxillaires; elles peuvent être compliquées de perte de substance des lèvres et des joues.

Quelle que soit l'origine du resserrement des mâchoires, il en résulte des troubles graves: la mastication est entravée ou abolie, la prononciation altérée à un degré parfois tel, que la parole est incompréhensible. L'alimentation étant insuffisante, les sujets maigrissent; toutefois il est d'observation que les malades peuvent vivre longtemps, malgré les conditions déplorable où ils se trouvent.

Traitement. Avant d'entreprendre une opération sanglante, on essaye d'écarter les mâchoires avec des corps dilatants introduits entre elles: un coin de bois, une double plaque pourvue d'une vis. Lorsque ce moyen échoue, et que le malade se refuse à toute autre action chirurgicale, on fraye une voie aux aliments en arrachant une ou deux dents. Qu'on n'oublie pas toutefois que c'est un traitement palliatif bien insuffisant, puisque, la mastication restant abolie, le sujet ne peut user que d'aliments demi-liquides.

Si l'immobilité de la mâchoire est due à la contracture ou à la rétraction des muscles masticateurs, on en fait la section sous-cutanée. Cette opé-

ration a été exécutée par Bonnet (de Lyon), Carnochan, Little et Dieulafoy; elle n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Le resserrement permanent des mâchoires, qui est dû à des brides étendues entre les mâchoires et les joues, comporte des indications variables en raison de la situation des adhérences. Les brides *antérieures*, *labio* ou *géo-maxillaires* guérissent par l'incision combinée avec les moyens mécaniques longtemps continués et les procédés autoplastiques. Il n'en est plus de même pour les brides *postérieures*, *géo-maxillaires* et *intermaxillaires*; il faut alors avoir recours à des méthodes de traitement conformes à celles qui sont applicables à l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. Ces méthodes sont de date récente: en 1838, A. Bérard a parlé de la possibilité de traiter l'ankylose temporo-maxillaire par la formation d'une pseudarthrose. En 1854, Esmarch (de Kiel) proposa de pratiquer une articulation artificielle par résection *au-devant* des adhérences; et en 1857, Rizzoli (de Bologne) substitua à la *résection* la simple *section* de l'os dans la région des petites molaires. Voici le procédé du chirurgien italien: après avoir écarté les lèvres et la commissure du côté malade, on incise la muqueuse au niveau du point où elle se réfléchit pour former la gencive; on détache la lèvre inférieure de la surface de l'os et on la rabat au-dessous du bord inférieur du maxillaire, de façon à mettre à nu le corps de la mâchoire, dans une étendue suffisante pour passer au-dessous et en arrière l'instrument qui doit opérer la section. Dans les cas où la fausse articulation doit être établie plus en arrière, au-devant de l'angle de la mâchoire, on fait une incision le long de la base de l'os. Pour pratiquer la section osseuse, Rizzoli se sert de fortes cisailles, de préférence aux scies à chaîne ou à dos mobile, à la gouge et au maillet.

Si on veut agir par le procédé d'Esmarch, on met le maxillaire inférieur à découvert par deux incisions qui se rencontrent à angle droit et on dissèque le lambeau, après quoi on retranche un tronçon osseux du fragment postérieur ou articulaire de la mâchoire.

Quel que soit le procédé, section simple ou résection, on favorise la formation de la pseudarthrose par des mouvements journaliers imprimés à la mâchoire inférieure.

L'endroit où la fausse articulation doit être établie varie en raison de la lésion qui motive l'opération: s'agit-il d'un resserrement permanent dû à des brides cicatricielles, il est de règle de diviser l'os au-devant des adhérences; existe-t-il une ankylose vraie ou fausse de l'articulation temporo-maxillaire, on établit la pseudarthrose sur le corps du maxillaire, en avant du bord antérieur du masséter.

Lorsque le resserrement cicatriciel des mâchoires est compliqué de perte de substance des lèvres et des joues, on commence par établir la fausse articulation, et plus tard on s'occupe de restauration de la face.

L'établissement d'une pseudarthrose par les procédés d'Esmarch ou de Rizzoli ne convient qu'aux cas où l'ankylose, soit vraie soit fausse, n'occupe qu'un des côtés de la mâchoire.

Quelques chirurgiens français inclinent à donner la préférence au pro-

cédé de Rizzoli sur celui d'Esmarch. En attendant que la question soit résolue, il ne sera pas sans intérêt de rapporter une statistique dressée en 1864 par S. Duplay: sur 13 cas opérés par le procédé de Rizzoli, il y a eu 3 morts, 1 récidive et 9 succès. Sur 12 cas opérés par le procédé d'Esmarch, on compte 1 mort, 4 récidives et 7 succès. C'est par infection purulente que les divers opérés ont succombé.

ARTICLE II.

Nécrose du maxillaire causée par le phosphore.

Cette affection n'est connue que depuis un petit nombre d'années, par les travaux de Heyfelder, Zorinser, Sédillot, Geist, Lailier, U. Trélat. Elle atteint l'une ou l'autre mâchoire, quelquefois les deux à la fois.

Causes. La maladie n'a été observée que chez les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, qui offrent à l'une des extrémités un mélange chimique inflammable par le frottement et dans lequel entre le phosphore. Les femmes étant employées en plus grand nombre que les hommes dans la fabrication de ces allumettes, on comprend qu'elles sont plus souvent affectées. La nécrose étant la conséquence de l'action exercée par les vapeurs phosphorées, l'affection est plus commune: 1° en hiver, époque où les salles des fabriques sont moins ventilées qu'en été; 2° parmi les ouvriers qui, employés à la dessiccation de la pâte phosphorée, sont plus intimement en contact avec les mêmes vapeurs.

Deux opinions ont été émises sur le mode d'action des vapeurs phosphorées: suivant quelques pathologistes, les vapeurs de phosphore exercent une action toute locale, irritent et détruisent le périoste quand elles sont au contact de ce dernier, ce qui amène nécessairement la nécrose de l'os subjacent. Ils trouvent dans la carie dentaire dont sont affectés la plupart des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques une circonstance prédisposante qui favorise l'action directe des vapeurs sur l'arcade alvéolaire. D'autres observateurs pensent que les vapeurs phosphorées sont absorbées par l'organisme et produisent une infection générale qui se révèle ultérieurement par la nécrose des maxillaires; l'état malade des dents favoriserait seulement le lieu d'élection de la nécrose. Ce qui donne une certaine valeur à cette hypothèse, c'est que j'ai observé sur un jeune homme, employé à la fabrication des allumettes chimiques et atteint d'une nécrose du maxillaire inférieur, une fracture de la cuisse par simple contraction musculaire avec gonflement antérieur du tissu osseux de la portion du fémur fracturé; ce n'est donc pas seulement le tissu osseux des maxillaires qui subit l'influence des vapeurs phosphorées; il y a une action générale exercée sur le squelette.

Une observation importante au point de vue prophylactique, est que la nécrose des maxillaires se développe seulement dans les fabriques où l'on emploie le phosphore *jaune*; dans les ateliers où l'on fait usage du phosphore *rouge* ou *amorphe*, l'affection ne se montre pas.