

## II

### ANKYLOSE OSSEUSE DE LA MACHOIRE

- I. Diagnostic causal d'une constriction permanente de la mâchoire, datant de treize ans ; ankylose de l'articulation temporo maxillaire par fracture probable du condyle, avec consolidation vicieuse.
- II. Discussion du traitement. Parallèle entre les procédés d'ostéotomie et la résection du condyle. Avantages de cette dernière au point de vue de la forme et de la fonction. Description et résultat de cette opération.

MESSIEURS,

J'ai opéré devant vous, il y a quelques semaines, un malade atteint d'une ankylose de la mâchoire ; il est aujourd'hui à peu près guéri, et avant de lui permettre de quitter le service, je voudrais vous le présenter. L'affection est rare, et vous serez peut-être des années sans en voir un nouvel exemple : le traitement est difficile, le choix de l'opération à faire est discutable, et j'aurais grand tort de laisser passer sans en profiter l'occasion de vous reparler de ce malade si instructif.

## I

Lorsque ce jeune homme de vingt-six ans vint nous voir dans les premiers jours du mois d'août, il avait une constriction permanente des mâchoires : il ne pouvait ouvrir la bouche, et depuis treize ans il était dans cet état.

Pendant son enfance, en effet, il avait été victime d'un accident grave : il tomba un jour d'un échafaudage qui avait 8 mètres de hauteur. On le releva avec des contusions multiples, une section presque complète de la lèvre inférieure, une subluxation du cubitus au poignet. Il éprouvait en outre une certaine douleur dans les mouvements de la mâchoire, mais cette douleur passa presque inaperçue, elle resta du moins au second plan au milieu des contusions multiples dont il était victime. La luxation du cubitus fut réduite, la plaie de la

lèvre suturée, et un pansement enveloppa toute la tête. Ce large pansement contribua certainement beaucoup à masquer les phénomènes qui se passaient du côté de la mâchoire.

Cependant notre malade se rappelle très bien qu'au bout de quelques jours il avait déjà une réelle difficulté pour ouvrir la bouche, les dents étaient serrées, et l'écartement difficile : il mangeait avec peine, mastiquait plus péniblement encore, et ne pouvait prendre que des aliments liquides. Mais peu à peu pendant que la douleur s'effaçait, les mâchoires se rapprochaient, et au bout de quelques semaines, il était à peu près dans l'état où il se trouvait lorsqu'il se présenta à nous pour la première fois. Les lésions n'avaient pas changé, s'étaient à peine modifiées dans l'espace de treize ans.

Voici les renseignements, que je trouve dans l'observation, relativement à notre premier examen.

Le malade ne peut pas ouvrir la bouche, les arcades dentaires sont au contact : elles s'écartent bien un peu, mais si faiblement que cela peut à peine compter. A peine 5 millimètres séparent dans le plus grand écart les incisives inférieures des supérieures, mais par contre, les mâchoires peuvent encore se rapprocher. Elles conservent un certain degré de mobilité, les muscles sont encore capables de contraction, et les deux arcades dentaires peuvent être solidement rapprochées ou maintenues au contact l'une de l'autre. C'est là un point très important sur lequel je reviendrai en discutant le diagnostic.

Mais la constriction des mâchoires n'en est pas moins très gênante : l'alimentation n'est possible qu'avec des mets spéciaux, liquides ou demi-solides : notre malade mange tout de même du pain et de la viande, mais par petits morceaux, en petites bouchées qu'il pousse avec ses doigts entre ses dents. Malgré ces difficultés, il a pu se nourrir suffisamment, il a prospéré, il a grandi ; d'enfant il est devenu un homme, et il a aujourd'hui toutes les apparences extérieures de la vigueur et de la santé.

Il est vrai qu'il s'est toujours soigné avec beaucoup d'attention, et ces soins minutieux sont absolument nécessaires pour éviter les complications mécaniques et inflammatoires qui résultent presque toujours au bout d'un certain temps de la constriction permanente des mâchoires. Lorsque les mâchoires restent au contact et ne peuvent s'écarter, la mastication est troublée, les aliments séjournent dans la bouche, entre les dents ; ils y subissent à la longue des transformations putrides d'où résultent une sorte de septicémie locale et des altérations rapides des dents.

Ici, il n'y a rien de semblable : depuis des années, notre malade a pris soin de se rincer la bouche, de se brosser les dents deux fois par jour, et c'est à cette précaution qu'il doit d'avoir conservé une dentition parfaite, une bouche en excellent état, des dents blanches, saines, sans incrustation.

A force d'attentions et de précautions il est donc parvenu à atténuer autant que possible et à réduire au minimum les conséquences d'une infirmité permanente, et à éviter les complications inflammatoires qui en résultent souvent. Mais enfin il se fatigue de tous ces soins, il voudrait bien être comme un autre, il ne peut manger ni rire comme tout le monde, et comme il songe à se marier, il venait nous demander si une opération ne pouvait remédier à son état.

A plusieurs reprises, d'ailleurs, il avait été sur le point d'être opéré ; deux fois au moins, il séjourna dans le service de M. Campenon, où je crois bien l'avoir une fois rencontré. Mais chaque fois il trouva moyen au dernier moment de se dérober à une intervention dont la perspective l'effrayait beaucoup ; ses parents, eux aussi, redoutaient les conséquences de l'opération, ils craignaient des risques excessifs, ils avaient peur de voir s'aggraver une infirmité avec laquelle leur fils pouvait, après tout, vivre bien portant. Et le malade, sans appui moral, quittait l'hôpital à la veille d'y être opéré.

Mais enfin il semblait avoir pris en août une décision définitive : il voulait en finir et venait nous demander s'il y avait toujours lieu pour lui d'être opéré, si l'opération devait le guérir et au cas où notre réponse serait affirmative il devait remettre pour des raisons indépendantes de sa volonté l'opération aux derniers jours d'octobre. C'est dans ces conditions que nous l'avons revu dernièrement.

Reconnaître la constriction des mâchoires, c'était l'affaire d'un instant : pour cela un coup d'œil suffisait. La constriction était permanente, définitive : l'histoire du malade, l'ancienneté des accidents permettaient de l'affirmer. Mais les causes de la constriction des mâchoires sont multiples ; et pour préciser les conditions, je dirai même pour définir la nature de l'opération à faire, il faut d'abord et avant tout connaître la cause de cette difformité acquise.

Il y a, à ce point de vue, trois catégories et trois variétés de constriction des mâchoires.

Il y a d'abord la constriction d'origine *cicatricielle* : sur la peau, sur la muqueuse, des brûlures, des ulcérations de coma ont laissé un tissu fibreux rétractile, qui s'oppose à l'écartement des mâchoires.

Nous n'avons rien ici de semblable ; la peau est saine, la muqueuse l'est également, et ce n'est pas de ce côté que nous devons chercher la raison de l'immobilité maxillaire.

Il est ensuite une constriction d'origine *musculaire* : dans ce cas les muscles ont été primitivement lésés sous une influence variable, ici une gomme, là une myosite infectieuse ; leur tissu dégénère, la fibre musculaire est remplacée par un tissu de sclérose rétractile. C'est une forme déjà rare : j'en ai vu un exemple autrefois dans le service de mon maître Le Dentu ; il s'agissait d'une double rétraction des masséters due à des lésions tertiaires et guéries de syphilis. C'est sur cette malade que Le Dentu imagina ce procédé ingénieux dit « de l'avancement musculaire » par analogie avec ce qu'on fait dans le strabisme. Les masséters furent désinsérés des deux côtés, et leur insertion reportée un peu plus haut sur le maxillaire.

Depuis lors je n'ai vu aucun exemple de rétraction des muscles masticateurs, et notre malade ne nous présentait non plus aucune lésion de ce genre. Je ne vois, en effet, aucune raison de penser que chez lui les muscles ont été primitivement atteints : ils ne présentent aucune modification extérieure, ils se contractent énergiquement et peuvent encore appliquer fortement la mâchoire inférieure contre la supérieure : ils sont donc indemnes.

Indemnes, c'est peut-être beaucoup dire ! car la rétraction dure depuis treize ans, et il me paraît bien difficile qu'une affection si ancienne, qu'une immobilité de la mâchoire de si longue durée, n'ait pas altéré secondairement la contractilité et modifié l'élasticité de ces muscles. Je serais même très surpris de ne pas les trouver dans un certain degré de rétraction, mais ce serait alors une rétraction secondaire, consécutive ; ce n'est plus cette lésion primitive à laquelle je faisais tout à l'heure allusion.

Reste maintenant le groupe plus important des rétractions d'origine *ostéo-articulaires*, et c'est ici que nous devons chercher la place de l'affection de ce malade. Les lésions de l'os, les affections de l'articulation, les arthrites blennorragiques ou rhumatismales, sont parmi les causes les plus fréquentes de la rétraction des mâchoires. Mais ici l'absence de toute réaction articulaire au début nous permet d'éliminer l'arthrite, et au contraire l'apparition de la rétraction à la suite d'une chute nous autorise à penser que l'os est primitivement malade, et que nous avons affaire en un mot à une *ankylose des mâchoires*.

Plusieurs questions secondaires sont encore à résoudre.

D'abord l'ankylose est-elle uni ou bilatérale ? Question capitale, car

si la luxation est bilatérale, il serait inutile d'intervenir d'un seul côté, il faudrait au contraire agir à la fois à droite et à gauche, sous peine de voir l'opération unilatérale ne donner aucun résultat.

Mais quoique importante, la question n'est pas si simple à résoudre, l'ankylose d'un seul côté suffit à immobiliser tellement la mâchoire que l'on ne peut plus constater la mobilité de l'autre côté ; et un malade qui aurait une double ankylose ne serait pas beaucoup plus gêné que notre malade, sa mâchoire ne serait pas beaucoup plus immobile.

Alors sur quoi se baser en l'absence de tout commentaire, en l'absence de tout renseignement, comme ici ? Sur l'exploration extérieure de l'articulation : cela vous indiquera d'une façon aussi exacte que possible l'état de l'articulation. Une ankylose ne se fait guère dans une petite articulation et surtout dans une articulation aussi superficielle que celle-ci, sans y apporter des changements, des déformations qui sont appréciables à l'extérieur. Et ainsi de ce que la région du condyle vous apparaîtra normale d'un côté, vous serez autorisé à conclure à l'intégrité de l'articulation.

C'est ce que vous voyez ici ; à droite, vous ne constatez en avant du tragus aucune déformation : le condyle est à sa place, il y a en arrière cette dépression normale qui le sépare du conduit auditif, et la région n'est nullement déformée : nous pouvions conclure que de ce côté l'articulation est saine.

Les choses se présentèrent de l'autre côté d'une façon très différente : ici nous voyions une déformation extérieure assez appréciable. D'abord à la place du condyle, il y avait une saillie plus accentuée, plus prononcée qu'à l'état normal ; on voyait et on sentait une surface osseuse soulever un peu les téguments, et de plus tout autour d'elle, il y avait une induration qui semblait faire corps avec la saillie du condyle. Cette induration, cette néoformation était surtout appréciable en arrière, où elle s'étendait jusqu'au conduit auditif, dont elle soulevait et refoulait même la paroi antérieure. En haut, elle se continuait insensiblement avec le bord inférieur de l'apophyse zygomatique dont il était impossible de la séparer. Et quand on pria le malade d'imprimer à sa mâchoire les faibles mouvements dont il était encore capable, on ne sentait à ce niveau aucun déplacement ; rien ne bougeait ni ne se mouvait et on aurait dit que le condyle hyperostosé était fusionné, ankylosé avec les parties osseuses voisines, c'est-à-dire avec le temporal. La mobilité de la mâchoire, cette mobilité si faible, qui permet encore d'écarter les dents de quelques millimètres les unes des autres, se faisait donc aux dépens de l'articulation

temporo-maxillaire du côté droit, et en résumé l'ankylose de la mâchoire était bien unilatérale, et elle siégeait à gauche.

Pouvions-nous aller plus loin et nous demander pourquoi et comment s'est produite cette ankylose ? Quelle en est la pathogénie ? Elle apparut, je vous le rappelle, après une chute sur le menton ; le choc a pu déterminer une luxation ou une fracture.

Une luxation ? ce serait alors une luxation en avant ou une luxation en arrière : et dans un cas comme dans l'autre, les dents devraient être déplacées les unes par rapport aux autres. Dans la luxation en avant la bouche reste ouverte, les dents écartées, le menton est projeté du côté opposé, la face est asymétrique. Ici, il n'y avait rien de semblable, l'arcade dentaire inférieure était en retrait de quelques millimètres sur l'arcade dentaire supérieure ; et s'il y avait eu une luxation, ce ne pouvait être qu'une luxation postérieure. Mais ces luxations postérieures sont assez rares pour qu'on les compte. Je ne vois pas d'ailleurs comment une luxation pourrait faire une ankylose aussi complète que celle que nous avons ici sous les yeux.

Il fallait donc admettre enfin l'hypothèse d'une fracture du condyle ou du col ; et je penchais plutôt pour cette dernière : le col avait été fracturé, car je constatais à gauche un certain degré de raccourcissement de la mâchoire. De l'angle du maxillaire au lobule de l'oreille, il y avait à droite 3 centimètres, à gauche 2 seulement : il y avait donc de ce côté un raccourcissement d'un centimètre que j'expliquais plus facilement avec la fracture du col qu'avec la fracture du condyle.

Je conclusais de cet examen : que la lésion initiale avait été une fracture complète du col du condyle, produite par la chute sur le menton ; le fragment condylien avait été peut-être lui-même divisé par un trait de fracture secondaire ; il avait été sans doute déplacé quelque peu, et il s'était produit ensuite une consolidation vicieuse dans une fracture intra-articulaire. C'est de cette consolidation vicieuse qu'était résultée l'ankylose que nous avons à traiter suivant certaines indications que je vais maintenant développer.

## II

Il y a plusieurs manières de traiter la constriction des mâchoires ; mais les moyens qui réussissent à améliorer ou à guérir une rétraction musculaire ou une raideur articulaire ne peuvent plus convenir aux ankyloses osseuses. La dilatation avec la vis, par exemple, la dilata-

tion progressive, ne peut plus rien lorsque les os sont fusionnés, et contre un obstacle osseux on ne peut agir que par une intervention osseuse.

Pour rendre à la mâchoire ankylosée la mobilité nécessaire, plusieurs moyens ont été proposés et plusieurs opérations sont à notre disposition. Les uns en effet se sont proposé de créer sur la mâchoire une *ostéotomie*, ils recherchent une pseudarthrose à ce niveau et les procédés de Bérard, d'Abbe, d'Esmarck, de Rizzoli, de Poisson et de Rochet ont consacré avec des nuances de détail l'application de cette méthode. Les autres, au contraire, veulent plus et mieux, ils s'adressent à l'articulation malade elle-même et ankylosée, ils y font une *résection* et cherchent dans une néarthrose établie au centre normal des mouvements, un résultat fonctionnel meilleur.

Jetons un coup d'œil sur ces procédés différents; voyons leurs avantages et leurs inconvénients; ce sera une occasion pour moi de vous dire pourquoi je n'ai pas eu recours à l'ostéotomie, et vous y trouverez les raisons de ma préférence pour la résection du condyle.

L'ostéotomie du maxillaire se fait sur la mâchoire, sur la branche montante ou sur le condyle.

L'ostéotomie est faite sur la branche horizontale de la mâchoire; elle est alors *anté-massétérine*. Que l'on fasse, comme Rizzoli, une simple section, ou avec Esmarck une résection triangulaire pour empêcher la régénération osseuse de se produire, peu importe au fond. C'est toujours entre le bord antérieur du masséter et la dernière dent, que l'ostéotomie est pratiquée, et c'est là que réside le défaut de la méthode. Alors même que la pseudarthrose est constituée, alors même que la mobilité est rendue à la mâchoire, le résultat sera fatalement mauvais; les muscles élévateurs du côté malade sont supprimés, l'action des élévateurs du côté sain est seule efficace pour agir sur les trois quarts du maxillaire, et ce n'est pas assez; en outre les muscles diducteurs du côté sain dont l'action n'est plus contrebalancée, attirent la mâchoire de leur côté, la face se dévie, devient asymétrique et le résultat reste défectueux tant au point de vue de la forme qu'au point de vue de la fonction.

Les procédés d'ostéotomie *sus-massétérine* sont déjà à ce point de vue bien meilleurs; ici on opère sur la branche montante, c'est sur cette dernière que l'on fait l'ostéotomie et que l'on établit la pseudarthrose; l'action des muscles élévateurs est encore conservée et les mouvements de latéralité sont encore possibles. La section de

l'os entraîne la section du nerf et de l'artère dentaire inférieure, mais il n'en résulte aucun sérieux inconvénient. Il est plus difficile d'empêcher le retour de l'ankylose; il est plus délicat de s'opposer à la formation sur l'os d'un cal, qui en réunissant les deux fragments, vient détruire tous les efforts de l'opération. Pour cela, Poisson<sup>1</sup>, au lieu de faire une simple ostéotomie, conseille d'enlever sur la mâchoire et toujours sur la branche horizontale, un triangle osseux à base postérieure. Ainsi la réunion devient plus difficile, la pseudarthrose se fait définitive et le résultat reste ultérieurement favorable. Rochet (de Lyon)<sup>2</sup>, dans le même but, place entre les fragments osseux un lambeau musculaire détaché du ptérygoïdien interne ou du masséter; ce lambeau musculaire agit comme corps étranger, et de son interposition, la pseudarthrose résulte aussi sûrement que nous le voyons à la cuisse par les fractures du fémur.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, l'avenir de ces opérations d'ostéotomie est loin d'être assuré; le nombre et la variété des procédés que je vous indique vous montrent déjà combien l'ankylose ultérieure est à craindre, puisque tant d'efforts ont été créés pour la combattre, et vous comprendrez pourquoi d'autres se sont rapprochés de l'articulation ankylosée pour agir directement sur elle.

De ce côté, on peut faire soit l'ostéotomie du col, soit la résection du condyle.

L'*ostéotomie du col* est la plus haute des ostéotomies; c'est une vieille méthode qui n'a plus guère de partisans; voici pourquoi: elle est délicate et difficile et ses résultats ne compensent pas ses difficultés. Elle est délicate, parce que le col est difficilement abordable, caché qu'il est sous la parotide, sous le facial, sous un condyle hyperostosé et de volume parfois considérable. Le col lui-même est hyperostosé ou ostéophytique; on le cherche, mais on ne le trouve pas; on le cherche et on court le risque de blesser la maxillaire interne et de couper le facial. Et vous pensez bien, n'est-ce pas, qu'il vaut encore mieux avoir une ankylose de la mâchoire qu'une paralysie faciale.

D'ailleurs, la section pure et simple du col ne saurait suffire; il faut la combiner de telle sorte que les surfaces n'aient pas de tendance à se fusionner à nouveau, il faut que l'ostéotomie soit cunéiforme ou

1. *Revue de chirurgie*, 1891.

2. Rochet. Traitement de l'ankylose temporo-maxillaire par l'ostéotomie de la branche montante suivie d'interposition musculaire. *Arch. prov. de chir.*, 1896, p. 25.

trapézoïdale, et c'est là une chose très difficile à réaliser et qu'il est impossible de bien faire au moins dans la majorité des cas.

Et nous arrivons ainsi à la résection du condyle; c'est la dernière méthode qu'il nous reste à discuter, c'est à elle que j'ai donné la préférence.

*A priori* en effet, la résection du condyle me paraît devoir être l'opération de choix. Qu'est-ce que nous nous proposons en opérant une ankylose temporo-maxillaire? c'est d'avoir un retour complet des mouvements, un fonctionnement aussi normal, aussi régulier que possible de la mâchoire. Eh bien! jamais ces mouvements ne seront dans de meilleures conditions pour se faire correctement, que si vous donnez à l'articulation sa mobilité initiale; le centre des mouvements de la mâchoire n'est pas déplacé, l'action musculaire n'est pas troublée, l'arc de la face n'est pas changé, et cette opération est celle qui se rapproche le plus de l'idéal.

Ce sont ces raisons qui m'ont amené chez notre malade à préférer et à pratiquer la résection du condyle.

L'opération est assez délicate, on opère dans une région limitée et riche en contacts dangereux; on peut blesser le facial: cela est arrivé à Ollier et à Vallas; on peut blesser la maxillaire interne, le condyle très déformé se laisse difficilement isoler. Je savais ces difficultés, mais je ne me suis pas laissé arrêter, et voici comment j'ai pu y parer.

L'opération a été faite le 28 octobre 1901 sous le chloroforme. Le long du bord du tragus, j'ai fait une incision verticale sur la saillie appréciable du condyle. Une fois la peau incisée, j'ai découvert la partie supérieure de la parotide en la réclinant en bas avec un écarteur, je me débarrassai ainsi du facial qui est un gros écueil. J'ai alors sous les yeux une surface osseuse qui ne ressemble plus en rien au condyle; elle s'étend en arrière jusqu'au conduit auditif, en haut se confond avec la racine de l'apophyse zygomatique; à première vue on ne reconnaît rien, qu'une masse osseuse, irrégulière, dure, éburnée. Je l'attaque avec la gouge et le maillet et je la morcelle lentement, petit à petit. Je creuse ainsi vers le pharynx une cavité osseuse dont je ne vois pas le fond; 1 centimètre, puis 2 d'épaisseur sont ainsi enlevés, la plaie saigne et je vois mal ce que je fais, mais il y a partout de l'os et je reconnais bien là ces difficultés, si souvent signalées au cours de la résection du condyle pour ankylose de la mâchoire. J'arrive enfin à la couche osseuse profonde, je l'enlève et il me reste une cavité profonde dans laquelle plus d'une phalange de mon index s'enfonce et disparaît tout entière.

A ce moment, la résection du condyle est terminée, mais quand je cherche à mouvoir le maxillaire, je n'obtiens aucun résultat. La mâchoire ne s'abaisse pas plus qu'elle ne le pouvait faire avant l'opération, et vous voyez là la marque des rétractions fibreuses et musculaires qui immobilisent secondairement la mâchoire et la maintiennent encore, alors que la cause première de l'ankylose a été enlevée. Aussi le traitement ultérieur, mécanique, orthopédique, a-t-il après le traitement opératoire une importance considérable.

Je terminai l'opération par la suture partielle de la peau, et la mise à demeure d'un petit drain. Quelques ligatures vinrent à bout de deux ou trois petites hémorragies veineuses.

Je vous présente aujourd'hui ce malade, un mois après l'opération, et voici dans quel état il se trouve. La plaie n'est pas encore tout à fait réunie; il y a encore une petite fistule. Il y a eu en effet un peu d'infection secondaire; le drain supprimé trop tôt, dut être replacé au bout de dix jours et la cavité n'est pas encore comblée. La mâchoire inférieure s'écarte maintenant très sensiblement de la mâchoire supérieure; on peut entre les dents introduire toute l'extrémité de l'index, et ce résultat a été obtenu par la dilatation mécanique qui a été commencée dès le lendemain de l'opération et que le malade continue chaque jour à l'aide d'une vis en bois, avec une patience et une obstination dont il sera certainement récompensé. Dès maintenant, il peut manger et mastiquer comme tout le monde, mais je compte beaucoup sur les soins ultérieurs pour améliorer encore et parfaire le résultat obtenu.

En regardant de face ce malade, vous voyez qu'il présente un peu de paralysie faciale; les filets palpébraux ont été coupés, et il est difficile qu'il en soit autrement. La paupière ne se ferme pas complètement, il y a un peu d'épiphora. Mais j'espère que cette paralysie très limitée et très partielle du facial supérieur, sera plus tard compensée, et que le malade retirera de l'opération avec le temps un bénéfice absolument complet.

Sur ce point, nos prévisions se sont complètement réalisées. Au bout de deux mois, la paralysie du facial supérieur avait disparu; la paupière se ferme complètement. Le muscle de Horner se contracte, il n'y a plus d'épiphora, et de ce côté les choses sont devenues tout à fait normales. Il y a encore au niveau de la plaie un tout petit drain mais la cavité est à peu près comblée. La bouche s'ouvre assez largement pour que toutes les fonctions s'effectuent très convenablement et le malade est très satisfait du résultat obtenu.