

presque immobile; les arcades dentaires, très rapprochées à la partie postérieure, sont écartées en avant par un espace de 4 à 5 centimètres; les incisives inférieures dépassent les supérieures. En avant du conduit auditif externe se voit un enfoncement, où normalement existe la saillie des condyles; les joues sont aplaties, les masséters tendus comme des cordes. L'articulation des sons est gênée, surtout lorsque dans le mot à prononcer existent des consonnes labiales; un écoulement incessant de salive par les commissures témoigne de la difficulté de la déglutition. Les douleurs sont en général assez vives.

La luxation unilatérale donne lieu aux mêmes symptômes, ils sont toutefois beaucoup moins accentués; de plus, le menton est dévié du côté où existe le déplacement. La bouche ainsi déformée, dit GIRALDÈS, rappelle celle du brochet ou du chantre de village.

**Diagnostic. Pronostic.** — Le diagnostic est habituellement facile à faire à première vue et à distance; on a cependant commis des erreurs. Quelques auteurs ont cru voir une luxation lorsqu'il existait simplement un spasme, une contracture; en revanche des luxations manifestes ont pu passer inaperçues. Lorsque la luxation n'est pas réduite, les phénomènes ci-dessus mentionnés disparaissent peu à peu, les maxillaires se rapprochent et le malade, à la longue, peut manger et causer comme tout le monde. Du reste,



Fig. 152. — Luxation de la mâchoire. — Manœuvres de réduction (Bull. de thérap., t. XXXVII).

quel que soit le temps écoulé depuis l'accident, on doit tenter la réduction; elle a été obtenue par ASTLEY COOPER après trente-cinq jours, et par MICHON et GOSSELIN après cent trente jours.

**Traitement.** — Le but à remplir est de dégager les condyles du maxillaire, puis de les repousser en arrière.

HAMILTON conseille d'introduire un corps dur aussi loin que possible entre les molaires, de saisir le menton puis de le tirer en haut et en avant; le corps du maxillaire est ainsi transformé en une sorte de levier du premier genre.

Suivant le conseil de NÉLATON, la plupart des chirurgiens français portent les

pouces en arrière sur les molaires, et abaissent directement la partie postérieure de l'os qu'ils repoussent ensuite. La figure 152 représente la position que doit prendre le chirurgien. On a conseillé de se garnir les pouces afin d'éviter les morsures.

Pour TILLAUX, le meilleur mode de réduction de la luxation temporo-maxillaire consiste à porter les deux pouces en dehors des arcades dentaires, dans le vestibule, jusque sur le bord antérieur et sur la base des apophyses coronoides, et à imprimer à l'os un brusque mouvement en bas et en arrière.

Parfois ces procédés sont insuffisants, on doit alors endormir le malade; la résolution musculaire occasionnée par le sommeil chloroformique favorise beaucoup les manœuvres de réduction. Enfin dans les cas rebelles, la pince de STROMEYER simple ou modifiée par RICHEL pourra rendre de grands services.

La luxation étant réduite, on maintiendra le maxillaire en place à l'aide d'une fronde ou d'un chevestre; puis il faut prévenir le malade de la facilité avec laquelle se reproduit la luxation, et en conséquence lui enjoindre d'éviter les bâillements, éclats de rire, et en général tous les mouvements exagérés du maxillaire inférieur.

## 2° INFLAMMATION DE L'ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

**Bibliographie.** — *Arth. aiguë.* — LIGNAC, Th. de Paris, 1879. — *Arth. sèche.* ADAMS, Dublin Journ. of Med. Sciences, t. XIX, 1841. — SMITH, in *Ibid.*, t. XXIII. — COLOMBEL, Th. de Paris, 1862.

### A. — ARTHRITE AIGÜE

L'inflammation aiguë de l'articulation temporo-maxillaire est rare. BONNET, dans son *Traité des maladies articulaires*, affirme n'en avoir jamais rencontré d'exemple, les auteurs du *Compendium* arrivent à la même conclusion. Cependant, en parcourant les recueils périodiques, on peut en réunir quelques observations.

**Étiologie.** — L'arthrite aiguë temporo-maxillaire a été principalement observée sur des sujets rhumatisants; généralement elle résultait d'une impression brusque de froid, et FOURNIER a rapporté (in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. V, p. 224) sept observations dans lesquelles la maladie semblait liée à l'existence d'une blennorrhagie. DURODÉE a cité depuis un autre fait de ce genre.

L'arthrite aiguë d'origine traumatique est encore plus rare. Nous en dirons autant des arthrites par propagation; toutefois on observe de temps à autre cet accident à la suite des périostites, des ostéo-périostites de la branche montante de la mâchoire, et nous avons vu que les périostites du conduit auditif externe pouvaient aussi se propager à l'articulation.

**Symptômes.** — La douleur est un des premiers symptômes qui attirent l'attention du malade.

La souffrance, légère au début, ne tarde pas à augmenter d'intensité, elle se localise alors au niveau de l'articulation en avant du tragus. Le moindre mouvement, le plus léger contact, arrachent des cris au patient; la mastication de-

vient bientôt impossible. Les douleurs se diffusent dans toute la tête, sur le trajet des nerfs, dans l'intérieur du conduit auditif. Après quelques jours survient un nouveau symptôme qui consiste en une déviation fort légère des maxillaires, mais que le malade croit très considérable; on constate en même temps la présence d'un gonflement dans les parties molles périphériques. La guérison, terminaison la plus ordinaire de cette variété d'arthrite, demande, en général, un mois, six semaines. Toutefois la maladie peut passer à l'état chronique ou se terminer par ankylose.

**Traitement.** — Les révulsifs (vésicatoires, pointes de feu, applications de teinture d'iode) rendent quelques services pendant la période aiguë. Plus tard, dès que les douleurs seront moins vives, le malade devra commencer à faire de légers mouvements afin de prévenir la raideur articulaire.

#### B. — ARTHRITE CHRONIQUE

La variété la plus souvent observée est l'arthrite sèche ou déformante. Parfois cette articulation est la première atteinte, plus souvent d'autres jointures sont déjà déformées. Les lésions anatomiques consistent dans l'usure des cartilages et du ménisque inter-articulaire; la cavité glénoïde est agrandie, le condyle déformé; des stalactites osseuses unissent le condyle aux os de la base du crâne; les corps étrangers articulaires ne sont pas rares, HALLER, SANDIFORT, ADAMS en ont cité des cas remarquables.

L'arthrite sèche se traduit par une crépitation généralement indolente, elle occasionne une raideur de la mâchoire, une gêne des mouvements qui peut aller jusqu'à l'ankylose, lorsqu'existent des stalactites volumineuses.

Il ne faut pas confondre cette lésion avec les déformations du condyle qui se produisent chez les ataxiques.

#### 3° CONSTRICTION DES MÂCHOIRES

**Bibliographie.** — ESMARCH, Trad. VERNEUIL, *Arch. gén. de méd.*, 1860. — BOINET, *Soc. de chir.*, 1862 et 1863. — VERNEUIL, *Soc. de chir.*, et *Gaz. hebdom.*, 1863. — DUPLAY, *Arch. gén. de méd.*, 1864. — RIZZOLI, *Clinique chirurg.*, 1872. — SCHULTEN, *Arch. gén. de méd.*, 1879. — SPANTON, *The Lancet*, 1881. — EWING MEARS, *Amer. J. of Med. sc.*, octobre 1883.

Thèses de Paris. — 1855, SARAZIN. — 1860, BLAVETTE. — 1866, BERRUT (Concours), MATHÉ. — 1878, BOISSON, GUYET.

La constriction des mâchoires est un symptôme commun à différentes affections de l'articulation temporo-maxillaire ou des parties périphériques. Avec SCHULTEN, nous rangerons dans ce groupe toutes les dispositions de la mâchoire capables de produire son immobilisation permanente, totale ou partielle.

**Étiologie.** — En examinant les différentes lésions qui peuvent occasionner la constriction des mâchoires, on voit que cette affection se divise naturellement en quatre groupes : 1° constriction consécutive à des lésions de l'articulation temporo-maxillaire; 2° constriction d'origine musculaire; 3° constriction d'origine cicatricielle; 4° constriction consécutive à une malformation

congénitale de la mâchoire inférieure (On connaît une seule observation de ce genre due à LANGENBECK).

**A. Constriction consécutive à des lésions de l'articulation temporo-maxillaire.** — L'obstacle à l'accomplissement des fonctions résulte d'une ankylose de l'articulation, affection rare et dont il existe à peine quelques observations dans la science; cela n'a rien qui doive nous surprendre, si l'on se rappelle la structure de cette articulation rendue pour ainsi dire double par la présence du ménisque inter-articulaire, en sorte qu'une partie pourrait être altérée, tandis que l'autre resterait normale et assurerait l'intégrité des mouvements.

Les différentes arthrites, en particulier l'arthrite consécutive aux blessures sont, avec l'immobilisation trop prolongée, la cause ordinaire de cette première variété.

L'ankylose est osseuse ou fibreuse, périphérique ou centrale. L'ankylose osseuse, d'après SCHULTEN, serait de beaucoup la plus fréquente; rarement elle résulte de la présence de jetées périphériques, habituellement il existe une fusion osseuse entre le condyle et la cavité glénoïde du temporal. La lésion est presque toujours bilatérale; nous ne connaissons qu'une seule observation d'ankylose portant sur un seul côté, elle a été rapportée par CRUVEILHIER.

**B. Constriction d'origine musculaire.** Cette variété, dont on avait jadis beaucoup exagéré la fréquence, est devenue moins commune depuis l'emploi des anesthésiques. En général les muscles ne s'opposent pas seuls à l'accomplissement des fonctions, leurs lésions s'accompagnent souvent de celles d'autres organes (cicatrices, lésions articulaires). La lésion musculaire est d'habitude une myosite consécutive à un traumatisme ou aux différentes affections buccales, et surtout à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. On a signalé aussi quelques cas de myosite du masseter et du temporal d'origine syphilitique ou rhumatismale.

**C. Constriction d'origine cicatricielle.** — Les strictions d'origine cicatricielle sont de beaucoup les plus fréquentes. Les cicatrices siègent ordinairement sur la joue, au voisinage des lèvres; elles reconnaissent pour cause des ulcérations ou des gangrènes de la région (noma), plus rarement l'action d'un traumatisme (plaie ou brûlure). Les brides et adhérences ont une épaisseur et une résistance variables; dans un cas rapporté par RIZZOLI, il y avait des adhérences cartilagineuses et ostéo-fibreuses. Ces différentes circonstances doivent être bien étudiées par le chirurgien à qui elles fournissent des renseignements fort utiles pour l'intervention.

**Symptômes. Diagnostic.** — Quelle que soit son origine, la constriction des mâchoires se traduit par un symptôme principal: difficulté à ouvrir la bouche. Le maximum d'écartement possible varie suivant les cas; il donne la mesure de la gravité de l'affection et renseigne le chirurgien sur la nécessité d'une intervention; reconnaître l'ankylose ne suffit pas, il faut encore en déterminer la nature. Tout d'abord, l'examen de la face et de la cavité buccale permettra de constater l'existence ou l'absence de cicatrices. La présence de tissu cicatriciel étant reconnue, il faut se demander si les lésions sont suffisantes pour entraîner la gêne des mouvements, ou si concurremment il n'existerait pas de troubles du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Pour trancher la diffi-

culté, on recherchera si le malade peut exécuter les mouvements d'abduction et de propulsion des mâchoires, lesquels, bien que diminués, existent cependant dans le cas d'ankylose cicatricielle, et sont au contraire abolis dans le cas d'ankylose articulaire.

En l'absence de cicatrice, la gêne des mouvements est due à une lésion des muscles ou de l'articulation. Dans presque toutes les ankyloses d'origine musculaire, le masséter est en cause; ce muscle, situé tout près de l'articulation en contact immédiat avec la muqueuse buccale, reçoit en effet le contre-coup de l'inflammation de ces deux régions. Il faut donc examiner attentivement chacun des masséters et s'assurer de leur état. Les commémoratifs sont ici d'un grand secours. L'ankylose musculaire établie, il est indispensable de recourir au chloroforme pour éliminer les contractures spasmodiques ou réflexes. La gêne des mouvements ne pouvant être rapportée ni aux lésions musculaires ni à l'existence de cicatrices, la constriction est évidemment d'origine articulaire. C'est par l'étude des commémoratifs que l'on arrivera au diagnostic précis: il faut rechercher s'il n'y a pas eu antérieurement une arthrite ou une suppuration de l'oreille; enfin le chirurgien devra faire tous ses efforts pour savoir si les adhérences sont osseuses ou fibreuses.

**Pronostic.** — Il n'est pas nécessaire d'insister sur la gravité de la constriction des mâchoires. Cette affection compromet l'alimentation, gêne la respiration et l'articulation des sons; de plus si par hasard surviennent des efforts de vomissement, le malade est exposé à des accidents de suffocation, par suite du reflux des matières vers le pharynx et les voies respiratoires.

**Traitement.** — L'intervention chirurgicale est absolument subordonnée à la nature même de la constriction. Nous laissons de côté les moyens palliatifs, tels que l'ablation d'une ou plusieurs dents, qui ont simplement pour but d'assurer l'alimentation.

1° *Constriction par suite de lésions articulaires.* — Existe-t-il encore quelques mouvements, on peut tenter la dilatation graduelle ou brusque. Ces procédés donnent des résultats favorables lorsque les adhérences sont uniquement constituées par des tissus fibreux. Si au contraire on est en présence d'une ankylose osseuse, l'ostéotomie est la ressource ultime.

2° *Ankylose d'origine musculaire.* — Le massage, l'électricité, le traitement spécifique trouvent parfois leurs indications; si au bout d'un certain temps on ne constate aucune amélioration, il faut en venir à la section sous-cutanée du masséter. Cette opération, faite pour la première fois en 1838 par DIEULAFOY (de Toulouse) pour remédier à un resserrement des mâchoires, a été depuis pratiquée une dizaine de fois. On attaque généralement ce muscle au-dessous de l'os de la pommette. Si les mouvements ne se rétablissent pas, le chirurgien pourrait encore libérer le temporal par la résection de l'apophyse coronéide. Les sections musculaires restent le plus souvent insuffisantes, car la rétraction musculaire contre laquelle elles sont dirigées est presque toujours symptomatique d'une lésion articulaire qui persiste.

3° *Constriction d'origine cicatricielle.* — La dilatation, les mouvements rationnels et progressifs trouveront encore ici leur indication si la cicatrice est récente, la gêne des mouvements peu considérable. Dans le cas contraire, le chi-

urgien peut pratiquer la section simple des brides ou recourir à l'autoplastie.

La section des cicatrices se fait par l'extérieur ou par la bouche; dans ce dernier cas elle peut être combinée à la myotomie. Les résultats obtenus par cette méthode sont rarement durables, aussi l'autoplastie est-elle le plus souvent la seule méthode rationnelle. Suivant les circonstances, le chirurgien emprunte ses lambeaux aux parties voisines, et borde les incisions libératrices avec la peau ou la muqueuse. On ne saurait tracer de règles précises sur ce sujet. L'autoplastie a donné un certain nombre de résultats entre les mains de DIEFFENBACH, RIZZOLI, GUSSENBAUER; souvent elle est inapplicable; l'amélioration obtenue est de courte durée; alors encore l'ostéotomie se présente comme la dernière ressource.

**Formation d'une nouvelle articulation.** — Nous venons de voir combien, dans diverses circonstances, l'intervention était limitée; cependant on ne saurait laisser en souffrance une fonction aussi importante que la nutrition. Aussi depuis longtemps les chirurgiens ont-ils songé à créer une nouvelle opération aux dépens de la branche montante du maxillaire.

Deux procédés peuvent être employés ici: la section osseuse simple (procédé de RIZZOLI); la résection (procédé d'ESMARCH).

1° Procédé de RIZZOLI. — La commissure labiale étant écartée, le chirurgien incise la muqueuse gingivale, en avant et en arrière du maxillaire, passe au dessous de cet os la branche étroite et mousse d'un ciseau otéotome, puis coupe l'os d'avant en arrière à l'aide de la branche tranchante.

2° Procédé d'ESMARCH. — L'os étant dénudé, le chirurgien le sectionne sur deux points avec la scie à main, la scie à chaîne ou le ciseau; la largeur de la portion enlevée doit être de 0<sup>m</sup>,03 environ, sa forme est quadrangulaire ou trapézoïde. Ces deux opérations, d'une manière générale, ont peu de gravité; la réaction consécutive est des plus faibles, le temps de la guérison a varié de trois semaines à deux mois. EVING MEARS a pratiqué la résection de l'articulation temporo-maxillaire. Le tableau ci-dessous, dont les chiffres sont empruntés au travail de SCHULTEN, montre les résultats obtenus par l'emploi de chacune de ces méthodes.

	NOMBRE DES CAS.	GUÉRISON AVEC MOBILITÉ.	RÉCIDIVES.	MORTS.	RÉSULTATS INCONNUS.
Opération de Rizzoli..	26	13	5	3	5
Opération d'Esmarch..	40	15	8	2	15

**Historique.** — On a écrit de nombreux articles pour savoir à qui d'ESMARCH ou de RIZZOLI revenait l'honneur d'avoir songé le premier à établir une nouvelle articulation pour rétablir les mouvements de la mâchoire. La question nous semble cependant très simple. RIZZOLI exécuta pour la première fois son procédé en mai 1857, or, le mémoire d'ESMARCH date seulement de 1859, la priorité appartient nécessairement au chirurgien italien.

Du reste l'idée n'était pas nouvelle. C'est un chirurgien américain, RHÉA BARTON, qui le premier, en 1826, proposa de créer une nouvelle articulation dans les cas d'ankylose, BÉRARD, en 1837, fit remarquer que ce genre d'intervention conviendrait parfaitement à l'articulation temporo-maxillaire ; mais sa proposition, bien que reprise par VELPEAU (*Médecine opératoire*, 1839), n'eut pas de succès.

### CHAPITRE III

#### AFFECTIONS DE LA VOÛTE PALATINE, DU VOILE DU PALAIS ET DES AMYGDALES

##### § 1<sup>er</sup>. — Affections de la voûte palatine

**Bibliographie.** — MICHON, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1852. — NÉLATON, *Gaz. des Hôp.*, 1852. — PANAS, *Soc. de chir.*, 1867. — LETENNEUR, *J. de méd. de l'Ouest*, 1870.  
*Vices de conformation.* — KRIMER, *J. de chir. de de Græfe*, 1827. — ROUX, *Quarante années*, etc., Paris, 1854. — BAIZEAU, *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1861. — LANGENBECK, in *Arch. f. Chir.*, t. II, 1861 et t. V, 1863. — SÉDILLOT, *Gaz. hebd.*, 1864. — PAUL, *Arch. de Langenbeck*, t. VII. — WEBER, in *Pilha et Billroth*, 2<sup>e</sup> Lief, 1866. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1866 et *passim*. — EHRMANN, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXIX, 1869. — ROUGE, *Perforations du palais*, Lausanne, 1867. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1876. — VERNEUIL, *Mém. de chirurgie*, t. I<sup>er</sup>, 1877.  
Thèses de Paris. — 1857, FANO (Conc.). — 1871, FOGÈRE. — 1872, BEDEL. — 1873, CHRÉTIEN. — 1880, OTT. — 1883, FOURRIER (prothèse palatine).  
Consulter les Articles des *Dictionnaires*.

##### 1<sup>o</sup> LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA VOÛTE

Les blessures de la muqueuse, rares d'ailleurs, n'offrent qu'un intérêt secondaire et se cicatrisent aisément. Si les traumatismes de la voûte elle-même sont peu communs, ils n'en ont pas moins une importance réelle parce qu'ils donnent assez souvent lieu à des perforations persistantes. Sauf un cas d'écartement des apophyses palatines du maxillaire dont parle MALGAIGNE, il s'agit toujours de fractures plus ou moins étendues, produites par des instruments piquants, comme chez le malade de BAIZEAU, qui était tombé sur un pieu, et beaucoup plus fréquemment par des projectiles à la suite de tentatives de suicide, ou de coups de feu tirés de haut en bas. LARREY, BAUDENS, BEDEL, OTIS, en rapportent des exemples intéressants. Si les lésions sont limitées, les suites ne sont d'ordinaire pas très graves, mais elles exposent aux perforations, par suite à des troubles fonctionnels sérieux. L'indication formelle sera de chercher à rapprocher les fragments de la voûte, et au besoin de les maintenir au moyen de sutures ou d'un appareil de soutien. La voûte est-elle fracassée, le chi-

urgien après avoir enlevé les dents déplacées, les esquilles libres, simplifiera le foyer dans la mesure du possible, prescrira un mode d'alimentation spécial en attendant qu'on puisse plus tard, soit par l'autoplastie, soit par la prothèse, remédier à la perte de substance.

##### 2<sup>o</sup> LÉSIONS PATHOLOGIQUES

Les ostéo-périostites de la voûte sont inflammatoires, tuberculeuses ou syphilitiques.

Les *ostéites inflammatoires aiguës* résultent des traumatismes ou de la propagation d'une périostite alvéolo-dentaire. Ces affections, très douloureuses en raison des adhérences et de la dureté de la fibro-muqueuse, aboutissent à la suppuration. L'abcès ainsi formé, toujours circonscrit, proémine vers la bouche ou dans les fosses nasales ; son ouverture qui donne issue à un pus phlegmoneux soulage beaucoup. L'affection se termine suivant les cas par fistule, nécrose ou guérison. Il est indiqué d'ouvrir de bonne heure ces collections ; à cet effet, on devra préférer les incisions antéro-postérieures pour éviter les artères.

L'*ostéite tuberculeuse*, assez rare, presque constamment propagée de la muqueuse des fosses nasales à la voûte palatine, succéderait à l'ozène.

L'*ostéite gommeuse* au contraire, relativement fréquente au palais, débute insidieusement par un ou plusieurs points de périostite gommeuse ; ces gommages en se ramollissant, s'ulcérant, laissent l'os sous-jacent à nu et forment des fistules. Il en résulte des nécroses partielles faciles à produire en raison du peu d'épaisseur de l'os. Comme la même altération intéresse la muqueuse nasale, la chute du séquestre a pour conséquence une perte de substance qui s'accroît, tantôt circulairement, tantôt irrégulièrement. En admettant que la syphilis s'arrête dans sa marche envahissante, les altérations antérieures persistent quand elles ont une certaine étendue.

Le traitement consistera à ouvrir les abcès, à prescrire les toniques, s'il s'agit de tuberculés ; enfin la médication spécifique jointe aux cautérisations locales, rendra de grands services dans l'ostéite gommeuse ; si la perforation persiste, elle sera traitée par les moyens que nous exposerons plus loin.

##### 3<sup>o</sup> TUMEURS DU PALAIS

Les tumeurs de la voûte sont exceptionnelles ; les angiomes, d'après les recherches de FANO, occuperaient le premier rang et auraient pu, dans plusieurs cas, acquérir un assez grand développement pour proéminer dans la cavité buccale et la remplir. L'incision et la cautérisation au fer rouge ont été conseillées contre ces tumeurs, qu'il sera souvent prudent de respecter.

La palatine postérieure droite a été deux fois le siège d'anévrysmes observés par TERLING, S. GROSS ; dans ce dernier cas, il s'agissait d'un officier qui avait reçu quelque temps auparavant un coup de couteau ; la guérison de la tumeur, grosse comme un pois, fut obtenue par la ligature des deux bouts du vais-