

Les parties qui se trouvent en contact avec les gencives ne tardent pas à s'infecter à leur tour. La langue, qu'on trouve toujours un peu tuméfiée, se couvre d'ulcérations sur les parties qui sont en contact avec les dents, et les mêmes ulcérations apparaissent sur les joues, juste le long des deux lignes qui marquent les points où la muqueuse génienne touche les gencives.

Plus tard, ces ulcérations deviennent profondes et se couvrent d'un enduit épais, visqueux, grisâtre, qui prend une couleur brun-sale en se mélangeant au sang qui suinte de la perte de substance. Les joues et les lèvres se tuméfient, et les douleurs éprouvées par le malade sont si violentes qu'il s'abstient de parler. Les ganglions du cou sont toujours pris. Le tableau clinique est donc bien caractéristique.

Le *traitement* est bien simple et comprend les gargarismes et les lavages fréquents de la bouche avec une solution de chlorate de potasse (les sécrétions buccales sont acides) qui arrêtent rapidement la marche de la maladie.

**Stomatite mercurielle.** — Le tableau est le même dans la stomatite consécutive à l'ingestion de fortes doses de mercure en peu de temps. Le diagnostic différentiel entre la stomatite *idiopathique* et la stomatite *mercurielle* s'appuiera principalement sur l'anamnèse. Aujourd'hui qu'en administrant le mercure on prend certaines précautions (administration simultanée de chlorate de potasse), les ulcérations sont devenues bien plus rares, et en tous les cas ont perdu de leur gravité. Mais si on ne prend pas les précautions usitées, on peut observer des destructions étendues de la muqueuse et des couches sous-jacentes de la joue, des destructions circonscrites du périoste, des maxillaires, etc. Et quand ces ulcérations finissent par guérir, il peut se former une cicatrice qui va de l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur vers celle du maxillaire inférieur, en englobant dans son tissu une grande partie de la muqueuse de la joue. La rétraction ultérieure de cette bride cicatricielle rapproche de plus en plus les deux mâchoires qui à la longue ne peuvent plus être écartées l'une de l'autre, et aboutit à la formation du resserrement cicatriciel des mâchoires.

### § 5. — Constriction des mâchoires.

**Constriction cicatricielle.** — Parmi les différentes formes de constriction des mâchoires (ankylostome), la constriction cicatricielle est la plus fréquente. D'après Verneuil, il faut distinguer dans ces

cas les adhérences antérieures des adhérences postérieures. Bassini désigne ces deux formes sous le nom de *a)* constriction *chélo-génio-maxillaire* et *b)* constriction *sphéno-zygomatoco-maxillaire*. Dans chaque cas, on examinera non seulement les insertions mais aussi l'épaisseur et l'élasticité des adhérences.

Les procédés employés pour remédier à cette constriction et rétablir le fonctionnement des mâchoires sont multiples.

*a)* Dans les cas légers et quand les adhérences siègent en arrière, on peut faire, sous le chloroforme, la dilatation forcée à l'aide d'un dilateur introduit dans la bouche. Une fois la cicatrice rompue, on pratique la dilatation progressive et systématique avec des coins en bois poussés entre les molaires supérieures et inférieures. Ce procédé donne rarement des résultats durables et, comme dans les rétrécissements de l'œsophage et de l'urèthre, le malade est condamné à se faire dilater de temps en temps, pendant toute sa vie.

*b)* Si, dans le cas d'adhérences antérieures, une partie de la muqueuse des joues est restée saine, on peut détacher les brides fibreuses et soumettre le malade à la dilatation permanente jusqu'à la guérison complète de la plaie et même continuer la dilatation un certain temps après la guérison. La section des adhérences est faite soit par voie buccale, soit par voie cutanée, après débridement de la commissure labiale (Mott).

*c)* Dans les cas d'adhérences antérieures très étendues, on peut les sectionner ou les réséquer, et faire ensuite l'autoplastie muqueuse au niveau de la plaie.

*α)* Si la plaie n'est pas étendue, on prendra le lambeau muqueux au niveau des parties voisines (Dieffenbach, O. Weber).

*β)* Si la plaie est étendue, on prendra le lambeau sur la face cutanée de la joue (Jaesche, Gussenbauer) ou même sur le bras (Bassini).

Dans le fait de Jaesche, il s'agissait d'une constriction consécutive à une plaie par arme à feu; la cicatrice avait provoqué une soudure entre les deux arcades alvéolaires et la muqueuse de la joue. Jaesche fit d'abord une incision comprenant toute l'épaisseur des tissus entre la commissure labiale et le bord antérieur du masséter, extirpa le tissu cicatriciel dans l'épaisseur de la joue et fit la dilatation forcée de l'orifice resté entre les deux maxillaires.

Au bout d'un mois, la cicatrisation des bords de l'incision était complète, de sorte que, du côté malade, l'orifice buccal s'étendait jusqu'au bord antérieur du masséter. Les mâchoires avaient récupéré leur mobilité. On aviva alors les bords de la plaie par une incision convexe en arrière, faite à 1 cm. des bords et ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; en avant, les deux branches de l'incision s'arrêtaient au niveau de l'ancienne commissure labiale. Le lambeau ainsi circonscrit devait servir à combler la perte de substance des gencives en supposant la transformation de l'épiderme en épithélium. Après la su-

ture des bords de l'incision, on mobilisa, en conséquence, la joue en haut, à partir de l'incision supérieure jusqu'au rebord orbitaire inférieur; en bas, à partir de l'incision inférieure jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur. Les lambeaux furent ensuite rapprochés et suturés.

Jaesche ne nous dit malheureusement rien sur le sort du lambeau circonscrit par les deux incisions et déplacé dans la cavité antérieure de la bouche après la restauration de la joue. Le tissu cicatriciel formé à la face interne de la joue restaurée se rétracta et nécessita la dilatation systématique.

Il paraît certain que ce procédé donne de bien meilleurs résultats lorsque la perte de substance résultant de l'extirpation de la cicatrice est comblée non pas à l'aide de lambeaux pris dans le voisinage immédiat de la perte de substance, mais à quelque distance d'elle. C'est en ceci justement que consista le procédé de Gussenbauer quand il chercha à combler la perte de substance consécutive à l'extirpation de la cicatrice, par un lambeau pris sur la joue et disposé de façon à regarder la cavité de la bouche par sa face épidermée. Il tailla dans la peau de la joue un lambeau allongé à base postérieure, le disséqua, et réséqua ensuite le tissu cicatriciel de façon à ce que le malade pût facilement ouvrir la bouche. Il prit alors le bord antérieur libre du lambeau, le fit passer dans la cavité buccale et le sutura au bord postérieur de la perte de substance formée après l'extirpation de la cicatrice. Le lambeau était donc doublé, la ligne de réflexion se trouvant en avant et la moitié antérieure du lambeau regardant la cavité buccale par sa face cutanée. Quand le bord suturé du lambeau eût bien pris dans la cavité buccale, on sectionna la base du lambeau qui fut rabattu de façon que la moitié postérieure fût à son tour tournée vers la cavité de la bouche. Tout le lambeau transplanté fut ainsi en double épaisseur, avec une face buccale complètement épidermée. La perte de substance laissée dans la joue par ce lambeau fut comblée par un autre, à base postérieure, pris sur le cou.

Bassini procéda de la façon suivante. Après avoir libéré la joue en extirpant les adhérences, il prit sur le bras le lambeau destiné à combler la perte de substance de la joue. Ce lambeau, mesurait 5 cm. de largeur à sa base, 3 à son sommet, et était long de 6 cm. On traversa ensuite le sommet du lambeau avec deux fils formant chacun une anse et on attira son bord libre jusqu'à la partie postérieure de la joue libérée; les anses passées à travers la joue fixaient à l'aide d'une sorte de suture enchevillée le sommet du lambeau à la partie postérieure de la plaie; en même temps la face cruentée du lambeau fut réunie à la face interne cruentée de la joue. L'avant-bras fut fixé contre la tête pendant 14 jours avec le bandage dont on se sert ordinairement dans la rhinoplastie, au bout de ce temps, on sectionna la base du lambeau parfaitement réuni à la face interne de la joue. Le résultat fut très satisfaisant.

Le procédé de Bassini est fort ingénieux. On ménage ainsi la joue, dont on laisse intacte la face externe. En outre le lambeau cutané qui doit combler la muqueuse, provient d'une région où la peau, caractérisée par sa finesse, présente les conditions nécessaires à la transformation de son épiderme en épithélium.

d) Dans les cas de constriction cicatricielle excessive, on est obligé de créer une nouvelle articulation sur le maxillaire inférieur.

A. Bérard est le premier qui, en 1838, a eu l'idée de créer une pseudarthrose artificielle dans les cas d'ankylose temporo-maxillaire. Le procédé qu'il préconisa n'est pas sans analogie avec l'opération de Rhea Barton qu'on exécute sur les membres. Plus tard Carnochan, chirurgien américain, en opérant un malade

d'une constriction cicatricielle, fractura involontairement le maxillaire inférieur: les résultats fonctionnels furent des plus satisfaisants, et Carnochan comprit que ce qui était dû au hasard, pourrait bien être érigé en méthode. Cette idée fut réalisée pour la première fois par Bruns, en 1855, malheureusement d'une façon défectueuse en ce sens que l'articulation établie sur la branche montante du maxillaire inférieur, se trouva *derrière* les brides cicatricielles. Cette faute opératoire fut évitée par Rizzoli (1837) et Esmarch (1838).

Rizzoli sectionna simplement l'os par la bouche et obtint la mobilité des fragments. Esmarch proposait d'enlever un lambeau osseux de 2 cm., et c'est de cette façon que l'opération fut exécutée par Wilms.

Pour cela, on fait une incision le long du bord inférieur du maxillaire inférieur et on excise un lambeau de 2 cm. de longueur. Ce procédé (1), qui est celui d'Esmarch, est le plus sûr et son efficacité a été constatée expérimentalement par Bassini sur des chiens. Il y a encore avantage à recouvrir les surfaces de section avec les lambeaux de muqueuse de la région réséquée. Seulement il ne faut pas s'exagérer la valeur de l'efficacité de cette méthode! Certainement, le malade peut ouvrir la bouche après l'opération, mais le maxillaire inférieur libéré a une tendance de se porter en dedans, et ce déplacement devient si marqué avec les années que finalement le maxillaire inférieur se trouve terriblement en arrière du supérieur. Quant à articuler les deux mâchoires, il ne faut pas y penser. La figure devient hideuse, ressemble à celle d'un spectre, et au point de vue plastique les résultats ne sont rien moins que nuls.

A côté de la constriction cicatricielle, il faut encore distinguer les constrictions arthropathique (ou articulaire) et myopathique (ou musculaire).

**Constriction articulaire.** — La constriction articulaire n'est autre chose que l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. On l'observe à la suite des traumatismes, des inflammations rhumatismales, déformantes ou métastatiques, à la suite de la propagation à l'articulation d'une inflammation des parties voisines. L'ankylose peut se présenter comme une syndesmose (adhérences fibreuses) ou une synchondrose ou une synostose. Fait curieux, l'immobilité prolongée de l'articulation temporo-maxillaire ne provoque pas d'ankylose; quand l'articulation d'un côté reste longtemps immobilisée, l'autre peut rester intacte pendant des années.

(1) D'après la statistique de Bassini, ce procédé a donné sur 17 cas 16 guérisons et 1 mort. Dans 15 cas où on a enlevé un morceau plus court (15 mm.), on a eu 10 guérisons, 4 récidives et 1 mort. Sur 12 cas d'ostéotomie simple par la voie buccale (Rizzoli) on compte 8 succès et 4 récidives; l'ostéotomie avec incision de la peau faite 10 fois a donné 6 succès, 1 récidive et 3 cas de mort.

Le diagnostic de cette forme de trismus s'appuie sur l'absence de cicatrices et d'induration des muscles, et sur l'étude des commémoratifs.

Si la mobilité n'est pas complètement abolie, on essaiera, comme traitement, la dilatation forcée de la bouche suivie de dilatation systématique et de gymnastique locale appropriée. Si la mobilité est complètement abolie (même sous le chloroforme), on établira une pseudarthrose au niveau du condyle. On peut faire soit l'ostéotomie simple (Bérard), soit la résection du col (Bassini), soit l'excision de tout le condyle (Bottini). L'ostéotomie de la branche montante (Dieffenbach, Bruns, Grube, Middeldorpf) n'est pas ici une bonne opération, car le muscle temporal ne peut plus servir ensuite à la mastication.

**Constriction musculaire.** — La constriction musculaire peut disparaître spontanément ou persister longtemps. Dans le plus grand nombre des cas de périostite consécutive à la carie des molaires inférieures, ou à l'éruption des dents de sagesse, on observe ordinairement cette constriction des maxillaires. Mais aussitôt que l'affection primitive guérit, la constriction ne tarde pas à disparaître à son tour<sup>1</sup>. Ce phénomène est de même nature que celui qu'on observe dans les autres articulations immobilisées à la suite d'inflammations péri-articulaires ; ainsi dans les abcès de la hanche on observe une immobilité de l'articulation coxo-fémorale, immobilité qui peut disparaître au bout d'un certain temps. Mais dans nombre de cas l'inflammation peut envahir les muscles et la myosite secondaire provoquer une dégénérescence scléreuse des muscles. Les cas d'ankylostome par induration des muscles masticateurs frappés de myosite primitive, doivent être très rares.

Le *diagnostic* sera basé sur l'anamnèse et l'existence d'un cordon musculaire dur.

Le *traitement* comprend la dilatation forcée de la bouche, sous le chloroforme, faite en une seule ou plusieurs séances (Porta). Ou bien on fera la myotomie qui, d'après le procédé de Bassini, consiste à plonger l'instrument au niveau du bord postérieur de l'angle du maxillaire inférieur, et à décoller de là les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne.

(1) La constriction musculaire temporaire est assez souvent d'origine hystérique. (A. B.)

## CHAPITRE IX

### MALADIES DE LA VOUTE PALATINE.

La voûte palatine, qui forme la paroi supérieure de la cavité postérieure de la bouche, est seule solide et immobile. Les anciens désignaient le palais, à cause de sa belle courbure, sous le nom de οὐρανός, *oris cœlum*, le ciel de la bouche ; Galien l'appelle encore οὐρανίσκος<sup>1</sup>. Cicéron, en renversant l'image, appelait quelquefois le ciel « *palatum cœli* ».

La voûte arrondie, qu'on trouve sur la tête pourvue de ses parties molles, n'existe pas sur le squelette, sur lequel l'apophyse palatine du maxillaire supérieur se rencontre avec l'arcade alvéolaire sous un angle presque droit. Sur les pièces fraîches, cet angle est comblé par les parties molles, principalement par les glandes palatines si nombreuses à ce niveau que l'épaisseur des parties molles de cette région ne mesure pas moins de 6 à 7 millimètres. Parmi les organes de cette région pouvant intéresser le chirurgien, nous n'avons à noter que l'artère palatine descendante qui, après avoir parcouru le canal ptérygo-palatin, sort divisée en trois branches à travers les trous palatins postérieurs. La section de cette artère peut donner lieu à une hémorragie abondante.

**Pertes de substance acquises.** — Ces pertes de substance de la voûte palatine sont produites par un traumatisme (coup de revolver), ou une opération (extirpation d'un néoplasme), ou une ulcération. Comme la voûte palatine forme en même temps le plafond de la cavité buccale et le plancher des fosses nasales, on comprend facilement que ces pertes de substance peuvent être produites par un processus ulcéreux débutant dans les fosses nasales. Dans ces cas la perte de substance est peu étendue, et comme elle provient le plus souvent de la propagation à la voûte palatine d'un processus ulcéreux du vomer, elle siège ordinairement sur la ligne médiane.

Les pertes de substance, produites par la *destruction des gommés* du palais, sont bien plus étendues. Lorsqu'elles sont d'origine ulcéreuse, le revêtement fibro-muqueux est très souvent atteint par le processus

(1) Οὐρανός désignait en même temps la voûte palatine et le voile du palais. Vésale est le premier qui établisse une distinction entre ces deux parties. Galien désigne la voûte palatine sous le nom de τὸ κατὰ ὑπερφάν ὄστυον.