

accidents inflammatoires et les cicatrisations vicieuses de l'os et des parties molles.

Les lavages, les irrigations de la cavité buccale seront répétés à de courts intervalles; ils auront le double avantage de chasser la salive sécrétée en abondance, dont l'expulsion réveille des douleurs, et les liquides putrides ou purulents qui, fournis par le foyer de la fracture, empoisonneraient le blessé.

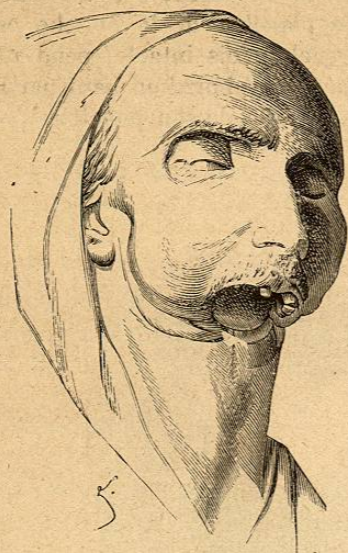


Fig. 217. — Ablation du corps du maxillaire inférieur par un coup de canon. (Hutin.)

Quant à la régularisation du foyer de la fracture, elle ne consiste pas dans l'enlèvement de toutes les esquilles. Il faut se montrer économe et conserver tout ce qui a chance de vivre, quitte à recourir plus tard à la *séquestrotomie*. On prévient ainsi dans une certaine mesure les inconvénients des pertes de substance étendues de l'os. De même pour les parties molles, on pratiquera leur désinfection et l'extraction des corps étrangers (dents, esquilles). Aviver les parties contuses serait s'exposer à détruire trop ou trop peu de tissu

pour obtenir une réunion primitive qui, fort aléatoire, n'a guère d'avantages sur la réunion secondaire immédiate. Celle-ci

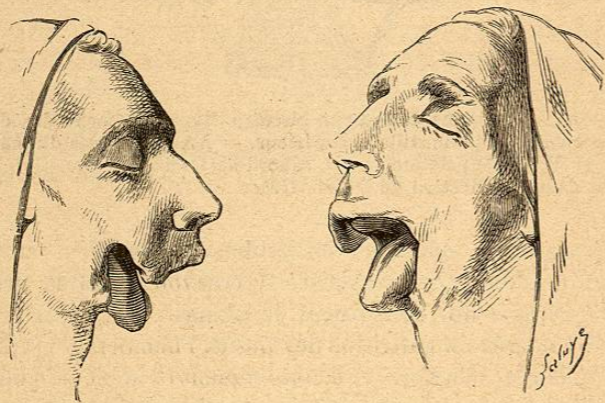


Fig. 218. — Ablation du maxillaire inférieur par un éclat de bombe. (Hutin.)

permettra en outre à la tuméfaction inflammatoire d'évoluer avec moins de chances de rétention ou de fusées purulentes. Dans les fractures du corps avec fragment intermédiaire, le danger d'asphyxie

par chute de la langue sur l'ouverture du larynx, bien qu'exceptionnel, légitime la suture osseuse. S'il existe entre les extrémités fracturées une large solution de continuité, on utilisera pour restaurer la forme de l'os l'appareil prothétique de Claude Martin, qui sera décrit dans un chapitre suivant. Il permettra d'éviter le rétrécissement du plancher de la bouche par rapprochement des fragments maxillaires et, par suite, prévient l'asphyxie par refoulement de la langue en arrière sur l'ouverture du larynx.

Nous n'insisterons pas sur la surveillance que nécessitent les poussées inflammatoires au voisinage des esquilles d'abord, des séquestres ensuite. Dans chaque cas particulier, le chirurgien réglera son intervention suivant la source des accidents. Enfin, il sera aussi ultérieurement question des désordres que laissent à leur suite les coups de feu du maxillaire inférieur; nous signalerons seulement la gêne de la parole et de la mastication. Cette gêne résulte, soit d'entraves apportées aux mouvements de la mâchoire inférieure par ankylose de l'article temporo-maxillaire, cicatrices vicieuses des joues ou adhérences des muscles masticateurs, soit de lésions du maxillaire lui-même (pseudarthrose ou cal vicieux).

II. — TRAUMATISMES OPÉRATOIRES DES MAXILLAIRES (1).

Toutes les interventions chirurgicales usitées sur les maxillaires ne rentrent pas dans le plan de ce chapitre. Les procédés d'*ouverture du sinus maxillaire*, la *résection temporaire du nez*, les *autoplasties* et les *résections de la voûte palatine* ressortissent à d'autres parties de ce *Traité* (2); en outre, nous avons déjà signalé les traumatismes maxillaires qui parfois compliquent l'extraction des dents.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

La *résection* typique du maxillaire supérieur, telle qu'elle est réclamée à titre d'opération préliminaire pour l'extraction de certains polypes naso-pharyngiens, constitue une intervention bien réglée dont la description éclairera la conduite à tenir dans les cas où l'os est lui-même altéré.

Autrefois, vu l'abondance de l'hémorragie et le danger de la pénétration du sang dans les voies aériennes, l'on opérait sans chloroforme, le sujet assis. Plus tard, Verneuil démontra que, grâce au tamponnement du nez, grâce à la dénudation de la face antérieure de l'os sans section du repli alvéolo-génien, par suite sans ouverture de la bouche, l'on pouvait faire bénéficier le patient de l'anesthésie pendant les

(1) FARABEUF, Précis de manuel opératoire, 1889, p. 856. — CHAUVEL, Précis d'opérations de chirurgie, 1891, p. 428.

(2) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. VI, article de M. MORESTIN.

premiers temps de l'opération, puis le réveiller, afin qu'il fit les efforts d'expulsion nécessaires pour chasser le sang hors de la bouche. Plus récemment, l'on n'a pas hésité à recourir à la trachéotomie préventive et à placer dans la trachée une canule à manchon de caoutchouc dilatable (canule-tampon de Trendelenburg) afin d'obturer le passage du sang et de faciliter la chloroformisation. Enfin, de nos jours, la pratique habituellement suivie consiste à opérer le sujet la tête pendante au bout du lit d'opération (position de Rose), de telle sorte que la déclivité du pharynx par rapport au larynx mette à l'abri de la pénétration du sang dans les voies aériennes. Dans certains cas de tumeurs vasculaires, l'hémorragie peut être telle que certains chirurgiens préconisent

la ligature préalable de la carotide externe.

Parmi les nombreuses incisions cutanées préconisées par les auteurs, on adopte généralement une incision anguleuse qui longe le bord inférieur de l'orbite, suit le sillon naso-génien, rase l'insertion de l'aile du nez et coupe la lèvre supérieure, soit verticalement (Blandin), soit en contournant la narine pour descendre dans le sillon médian (Liston-Nélaton) (fig. 219). Cette incision ménage les nerfs et les vaisseaux de la joue, elle mobilise un vaste lambeau, elle donne

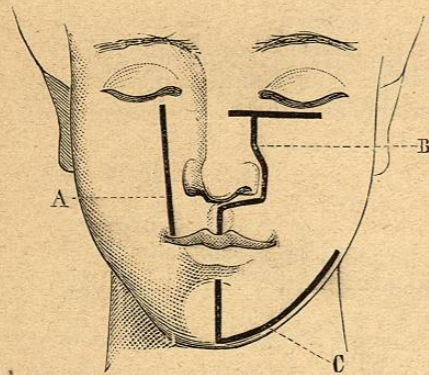


Fig. 219. — Résection des maxillaires, incisions cutanées. — A, maxillaire supérieur, procédé d'Ollier; — B, maxillaire supérieur, procédé conseillé; — C, maxillaire inférieur, résection de la moitié du corps de l'os (Chauvel).

une cicatrice peu apparente. Conduite à fond jusqu'à l'os, elle permet à la rugine de décoller le périoste jusqu'à ses attaches au bord alvéolaire; les faces antérieure et orbitaire du maxillaire, une portion du malaire sont ainsi mises à nu. La bouche n'est pas encore ouverte, la fosse nasale correspondante est tamponnée. Avec le maillet et l'ostéotome, ou la scie à chaîne ou une scie rotative, on fend le malaire en regard de la fente sphéno-maxillaire, puis le plancher de l'orbite de cette même fente jusqu'au canal nasal; d'un coup de ciseau de Liston, la branche montante est coupée et sa ligne de fracture rejoint la fissure du plancher de l'orbite (fig. 220). Rapidement, le bistouri abat l'insertion jusqu'alors respectée de la joue au bord alvéolaire, puis il incise en dedans du collet des dents la fibro-muqueuse palatine, qui est décollée avec la rugine jusqu'au niveau de la suture médiane. L'insertion de la moitié correspondante du voile à l'apophyse ptérygoïde et au palais osseux est détachée, mais sans

rupture de sa continuité avec la fibro-muqueuse. La canine, si l'on veut ménager l'os incisif, ou l'incisive latérale est arrachée et, avec une ciseau à longs mors ou l'ostéotome et le maillet, on fend le palais osseux et le bord alvéolaire un peu en dehors de la ligne médiane, de façon à ne pas ébranler la cloison du nez. La mâchoire tient encore au niveau de l'apophyse ptérygoïde, il est possible d'y donner un coup de ciseau, mais on peut s'en passer, saisir le maxil-

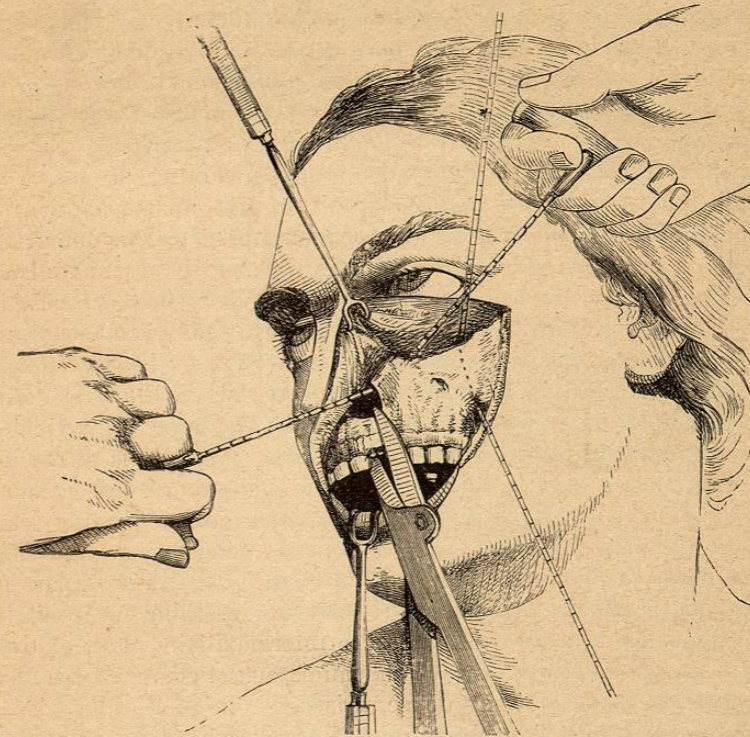


Fig. 220. — Résection du maxillaire supérieur.

laire avec le davier de Farabeuf, et l'arracher en tranchant d'un coup de ciseau le nerf sous-orbitaire et les quelques tractus qui le retiennent encore.

Une fois l'intervention profonde terminée, par exemple le polype enlevé, on rétablira le palais en suturant à la face interne de la joue la fibro-muqueuse conservée. Puis l'incision cutanée, elle aussi, sera suturée. Comme pansement, on aura recours au tamponnement à la gaze iodoformée des cavités pharyngienne, nasale et maxillaire.

A peine est-il besoin de revenir sur les modifications opératoires nécessaires lorsque le maxillaire supérieur, lui-même malade, est déformé; le chirurgien saura se laisser guider par les lésions

existantes. Par contre, lorsque l'os est envahi par une tumeur de mauvaise nature, alors il est indispensable de ne pas respecter le périoste, d'enlever toutes les parties molles douteuses; aussi, laissant la rugine de côté, le chirurgien pratiquera la dénudation de l'os avec le bistouri et, sacrifiant la fibro-muqueuse palatine, il l'incisera sur la ligne médiane suivant la ligne de section osseuse.

L'on ne met guère à profit dans la pratique les *résections ou luxations temporaires* du maxillaire supérieur. Huguier a luxé en bas dans la bouche le plateau palato-dentaire laissé adhérent par sa portion palatine. Roux a conseillé de luxer la mâchoire en dehors, après avoir divisé ses attaches orbitaires, ptérygoïdiennes et palatines, et c'est une modification du procédé de Roux que Fontan a récemment préconisée; elle consiste dans la mobilisation du maxillaire supérieur tout entier, ainsi que de l'os malaire, lesquels, restant soudés entre eux et adhérents aux parties molles de la joue, pivotent sur l'apophyse zygomatique sectionnée. Dans un premier temps, à travers une petite incision horizontale de 1 centimètre pratiquée au niveau de l'apophyse orbitaire externe, on sectionne l'articulation fronto-malaire à l'aide du ciseau à froid. Dans un deuxième temps, on divise de la même façon l'arcade zygomatique, à travers une petite incision verticale de moins d'un centimètre de haut. Le troisième temps consiste dans la division des parties molles autour du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur suivant le trajet indiqué par Liston; l'apophyse montante est alors coupée avec la scie à chaîne ou le ciseau à froid. Le quatrième temps comporte la séparation des deux maxillaires au niveau de la voûte palatine, après fente du voile du palais sur la ligne médiane. Dans le cinquième temps, d'un coup de ciseau on sépare la tubérosité maxillaire de l'apophyse ptérygoïde. Enfin, cela fait, il suffit d'une forte pesée dans la fissure intermaxillaire pour luxer et relever en dehors tout l'énorme lambeau osseux et charnu. Quelques lamelles osseuses achèvent de se briser, la muqueuse des fosses nasales se décolle et l'on obtient ainsi une énorme brèche qui met à jour tout le pharynx nasal et buccal. L'intervention dans la profondeur pratiquée, on remettra en place le lambeau en fixant le maxillaire par une suture au niveau de son apophyse montante et des dents incisives.

Il y a lieu de remarquer que dans le cas de polypes avec prolongements dans l'antra d'Highmore et les méats des fosses nasales, la luxation du maxillaire détaché de ses attaches osseuses éprouve une résistance très considérable.

Des *résections partielles du maxillaire supérieur*, il ne sera question ici que de celles qui intéressent le bord alvéolaire et le plateau palato-dentaire.

Pour réséquer tout ou partie du *bord alvéolaire*, on agira par l'intérieur de la bouche en décollant le périoste alvéolo-dentaire, s'il

s'agit d'extraire un séquestre ou de gruger un os atteint d'ostéite. Dans le cas de tumeur maligne, on circonscrit avec le bistouri le néoplasme et, après extraction des dents qui pourraient gêner la manœuvre, on taillera avec la gouge et le maillet le lambeau osseux dont l'extraction s'impose, quitte ensuite à gruger avec la pince coupante ce qui, cela fait, paraîtrait encore suspect. Un tamponnement à la gaze iodoformée comblera la perte de substance.

Si le chirurgien se propose d'enlever le *plateau palato-dentaire*, intervention qui offre l'avantage de respecter le plancher de l'orbite avec le nerf sous-orbitaire et l'apophyse malaire, il commence par dénuder le bord alvéolaire, la partie inférieure de la face antérieure de l'os, la moitié correspondante de la voûte palatine; avec la gouge et le maillet il sectionne transversalement la face antérieure de l'os, engage la lame de façon à couper la face interne et la tubérosité postérieure; puis, le palais osseux coupé à son tour, le segment osseux est saisi par un davier, abaissé et arraché. Il va sans dire que, si les parties molles adjacentes à l'os sont malades, elles seront sacrifiées avec lui. Dans ce cas, pour permettre une délimitation précise du mal, on se donnera du jour en utilisant, soit une simple incision verticale interne remontant plus ou moins haut dans le sillon nasogénien et coupant la lèvre supérieure, soit encore un débridement de la commissure labiale.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

La *résection du bord alvéolaire* du maxillaire inférieur, réclamée dans le cas de tumeurs implantées à ce niveau, d'ostéite phosphorée, sera pratiquée au travers de l'ouverture buccale. On circonscrit au bistouri ou on abrase avec les ciseaux les parties molles suspectes, avec la pince coupante on gruge l'os malade, ou l'on utilise à cet effet la gouge et le maillet. Au besoin l'on enlève la portion du corps maxillaire sous-jacente aux alvéoles malades, mais, autant que faire se peut, il convient d'en respecter le bord inférieur pour éviter la rupture de l'arc osseux et la déformation qui en est la conséquence. Un tamponnement à la gaze iodoformée maintenu en place, si possible, constitue, avec de fréquents lavages de la bouche, le pansement, la plaie présentant une grande tendance à se cicatriser sauf le cas de repullulation d'un néoplasme.

Pour réséquer la *partie moyenne ou le corps du maxillaire inférieur*, suivant le conseil de Malgaigne, l'on opère sans incision cutanée. A travers l'orifice buccal, l'on détache la lèvre inférieure de haut en bas, en incisant au fond de la gouttière qui la sépare des gencives, et rasant l'os jusqu'à son bord inférieur et quelques millimètres en arrière, dans une étendue égale à la longueur de la lèvre elle-même. Cette résection terminée, on rabat le lambeau jusqu'au-dessous du

menton, dont la saillie le retient. On a ainsi sous les yeux la portion mentonnière du maxillaire que l'on peut détacher à la scie par deux sections verticales, puis libérer de ses insertions au plancher buccal.

Autrement, l'on peut, comme Dupuytren, utiliser une grande incision médiane et verticale qui divise la lèvre et descend jusqu'à l'os hyoïde; les deux lambeaux, rapidement écartés et rejetés latéralement, permettent de scier l'os avec une scie cultellaire, soit au ras des branches montantes, soit plus en avant après extraction d'une dent.

Autrement, et cette incision est préférable lorsque la résection doit porter sur l'extrémité inférieure des branches montantes, on sectionne les parties molles à fond suivant le bord inférieur de l'os; dans ce temps les deux faciales seront coupées entre deux ligatures. Cela fait, avec la rugine on décolle le périoste sur les deux faces du maxillaire, ce qui est très facile et rapide; chez les vieillards édentés, l'on arrive même à circonscrire avec la rugine courbe le bord libre; puis, avec la scie à chaîne l'on coupe l'os verticalement au ras des branches montantes, et on l'enlève de la coque périostique sans ouvrir la bouche. Chez l'adulte, par contre, la présence des dents oblige à détacher des gencives les attaches du périoste et des parties molles qui le doublent, puis, s'il le faut, avec une rugine coupante on désinsère jusqu'à hauteur convenable les muscles masséter et ptérygoïdien interne solidement implantés sur l'os. Pour ce faire et surtout pour faciliter l'action de la scie, il est souvent nécessaire de prolonger l'incision en remontant de chaque côté derrière l'angle de la mâchoire, toutefois en prenant la précaution de ne pas inciser à fond afin de ne pas intéresser les rameaux du nerf facial. L'os dénudé est solidement fixé par un aide dans les mors d'un davier, les parties molles sont écartées et la scie cultellaire la sectionne à bonne hauteur.

Avant de fermer l'incision cutanée verticale ou horizontale l'on placera un appareil de prothèse, ainsi que nous l'indiquerons dans le chapitre suivant.

Lorsqu'il s'agit de réséquer toute une *moitié latérale de la mâchoire*, l'on doit recourir à une incision parallèle au bord inférieur de l'os et située un peu sur sa face antérieure, afin de respecter le fond de la gouttière périostique sur laquelle portera l'appareil de prothèse immédiate. Conduite à fond de la ligne médiane jusqu'au voisinage de l'angle elle remonte derrière celui-ci en respectant dans la profondeur les filets du facial; la faciale sera pincée et prise dans une double ligature. La rugine dénudera l'os comme il a été dit, n'éprouvant de résistance qu'au niveau des attaches massétérine et ptérygoïdienne; les insertions gingivales sont ensuite sectionnées et alors si l'on a eu soin de faire tomber une petite incision verticale mentonnière sur l'extrémité de l'incision horizontale, il est facile après extraction de l'incisive latérale de passer une sonde cannelée qui refoule en haut la lèvre inférieure et plonge derrière l'os pour sortir

à la région sus-hyoïdienne. Sur cette sonde, la tête étant maintenue horizontale, l'on scie le maxillaire solidement fixé par un davier. Restent maintenant à libérer l'apophyse coronéide et le condyle. A cet effet, on abaisse fortement le segment osseux, d'un coup de cisaille l'on détache l'apophyse coronéide à sa base ou avec les ciseaux courbes l'on coupe les insertions du temporal; puis, pour désarticuler sans léser l'artère maxillaire interne, on imprime à l'os un mouvement de torsion sur lui-même et d'arrachement après avoir ruginé l'insertion du ptérygoïdien externe.

La *résection totale du maxillaire inférieur* comporte la répétition sur chacune de ses moitiés de l'opération telle qu'elle vient d'être décrite. Il va sans dire que s'il y a indication de sacrifier le périoste et les parties molles sus-jacentes, le chirurgien délaissera la rugine et agira avec le bistouri pour séparer les tissus malades des tissus sains. Enfin, dans le chapitre suivant il sera question de la prothèse immédiate à laquelle on aura recours avant de fermer les incisions, cette prothèse immédiate surtout utilisée depuis les travaux de Martin (de Lyon), permet de parer à deux séries d'accidents, les uns primitifs, les autres secondaires. Dans les quinze premiers jours qui suivent une résection un peu étendue du maxillaire inférieur, l'opéré est exposé aux dangers de l'asphyxie par rétrocession de la langue et obstruction du larynx, il ne peut que difficilement parler, mastiquer, déglutir, il lui est malaisé de rire, impossible de conserver sa salive.

Ultérieurement les désordres provoqués par la résection sont :

1° Une déformation considérable de la face par suite de la rétraction cicatricielle des parties molles et le rapprochement des fragments maxillaires, de là un rétrécissement prononcé des parties latérales inférieures du visage, un menton pointu ou dévié;

2° Le défaut de correspondance entre les arcades dentaires, l'enfoncement des dents molaires supérieures sur les bords externes de la mâchoire inférieure, et des ulcérations consécutives, enfin l'impossibilité de la mastication;

3° La gêne de la prononciation par suite des déviations subies par la langue et du rétrécissement de la cavité buccale.

4° La procidence de la langue en avant, la capacité de la bouche étant devenue insuffisante;

5° Les déformations consécutives de la voûte palatine, des arcades dentaires et des dents du maxillaire supérieur qui seront étudiées au chapitre suivant.

OSTÉOTOMIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par une incision parallèle au bord postérieur du maxillaire, conduite à fond seulement de la tubérosité zygomatique jusqu'à 15 millimètres plus bas, afin de ménager la branche temporo-faciale du facial, on

met à nu le col du condyle et par une incision de débridement postéro-antérieur le long de l'arcade zygomatique, l'on peut se donner assez de jour pour découvrir l'apophyse coronoïde et toutes les parties supérieures de la branche montante. Une fois sectionnées la peau et les insertions du masséter, la rugine servira à dénuder l'os, derrière lequel l'on veillera à respecter l'artère maxillaire interne; la section osseuse sera ensuite pratiquée à la scie à chaîne ou avec le ciseau et le maillet et suivant les cas, l'ostéotomie portera sur le col du condyle, la base de l'apophyse coronoïde ou elle siègera sur la branche montante au-dessous des deux apophyses. Pour éviter la soudure des surfaces osseuses il est utile d'interposer entre les deux fragments un lambeau de compresse iodoformée, mieux encore un lambeau de périoste ou même un lambeau taillé aux dépens du masséter.

L'incision telle qu'elle vient d'être indiquée permet de pratiquer la résection du condyle lui-même. Dans un cas, pour se donner du jour, Kummer n'a pas hésité à sectionner l'apophyse zygomatique à ses deux extrémités après désinsertion du masséter. Ici encore, après résection du condyle pour prévenir une soudure ultérieure, l'on se trouvera bien d'interposer entre les surfaces osseuses un lambeau de temporal convenablement taillé et rabattu.

L'ostéotomie du corps du maxillaire pratiquée pour obtenir une pseudarthrose, intéresse les parties latérales de l'arc dentaire, et comme il est de règle (Esmarch), si l'on veut obtenir un résultat, d'exciser un fragment osseux, il convient, comme le recommande Levrat, d'opérer par une incision pratiquée le long du bord inférieur de la mâchoire. On décolle le périoste sur les deux faces de l'os et à l'aide d'une pince coupante, on coupe ce dernier entre la dent de sagesse et le bord antérieur de la branche montante, puis d'un autre coup de pince on excise un fragment osseux plus ou moins triangulaire à base inférieure.

Pour faciliter l'abord des tumeurs de la langue et du plancher buccal, Sédillot a conseillé de scier le maxillaire près de la ligne médiane. Avant de pratiquer cette ostéotomie médiane, il importe de perforer horizontalement l'épaisseur de l'os à deux hauteurs différentes, de façon que lorsqu'il s'agira de rétablir la continuité de l'os il suffise d'engager deux petits bouts d'os ou de platine dans les deux petits tunnels osseux que le coup de scie aura intéressé. Sans cette précaution les deux fragments osseux ont beaucoup de tendance à se déplacer suivant la hauteur et l'épaisseur.

Lorsque la tumeur siège près de la base de la langue, il peut être utile d'imiter Billroth et Boeckel et de déplacer un segment plus ou moins considérable de l'os, en taillant un lambeau ostéo-cutané à base supérieure ou inférieure. Les progrès réalisés dans les procédés de suture osseuse autorisent cette résection temporaire partielle du maxillaire inférieur.

III. — DÉFORMATIONS SECONDAIRES TRAUMATIQUES. RESTAURATION ET PROTHÈSE

Les traumatismes accidentels subis par les maxillaires, les interventions chirurgicales dont ils sont le siège laissent à leur suite, si l'on n'y remédie immédiatement, des déformations parfois très prononcées.

Les déformations du maxillaire supérieur, par suite de la destruction de la voûte palatine, ressortissent à un autre chapitre (1). Consécutivement aux fractures de cet os, en particulier après les blessures par coup de feu, il persiste une difformité, qui dans les cas simples se borne à un affaissement cicatriciel de la joue. Parfois aussi l'élimination ou la déformation du bord inférieur de l'orbite, de son plancher, du canal nasal, retentissent sur la paupière inférieure et le globe de l'œil, de là un ectropion cicatriciel, un abaissement de l'œil au-dessous du plan de son congénère, un obstacle à l'écoulement des larmes.

D'autres fois, c'est le bord alvéolaire avec les dents qui est détruit partiellement ou en totalité. Chez un blessé de la campagne d'Égypte un boulet avait emporté une partie du malaire droit, les deux maxillaires supérieurs, les os et les cartilages du nez, le malaire gauche, une portion du maxillaire inférieur et toutes les parties molles correspondantes (Ribes). On juge de la difformité consécutive que masquait une pièce de prothèse insuffisante pour remédier à la gêne de la parole et aux difficultés de l'alimentation, infirmités telles que le blessé finit par se suicider.

L'ablation d'un seul maxillaire supérieur par résection sous-périostée, et reconstitution immédiate de la voûte palatine par la fibro-muqueuse conservée, peut ne laisser qu'un affaissement à peine appréciable de la joue; cependant, pratiquée chez l'enfant, cette opération est suivie d'un arrêt de développement très prononcé de la moitié correspondante du visage, d'où une asymétrie faciale disgracieuse. En outre chez l'adulte il n'est pas rare que, après résection du maxillaire supérieur, le malaire s'abaisse en se rapprochant du nez, d'où encore une déviation de la face, un déplacement de l'œil, puis, comme le maxillaire restant n'est plus soutenu par son congénère, lui aussi tend à se porter en dedans, surtout s'il est démuné de dents; celles-ci en effet, par leur engrènement avec celles de la mâchoire inférieure, peuvent s'opposer dans une certaine mesure à un pareil déplacement.

Pour prévenir ces déformations ultimes des pertes de substance de la mâchoire supérieure il convient de recourir, comme le conseille Claude Martin (de Lyon) (2) à la prothèse immédiate. Un premier appa-

(1) Voy. *Traité de chirurgie clinique*, t. IV, article de M. LE DENTU.

(2) CLAUDE MARTIN, De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires. Paris, 1889.