manière de faire permet, du reste, d'appliquer ces procédés aux ankyloses bilatérales. Il n'en est plus de même dans les opérations dont il me reste à parler et qui portent sur le corps du maxillaire.

L'idée de *créer une pseudarthrose sur le corps du maxillaire* appartient à Esmarch, qui exposa, en 1854, au Congrès de Gœttingen, les réflexions que lui suggérait un cas, où l'élimination spontanée d'un séquestre avait créé une fausse articulation et avait permis à la mâchoire de recouvrer ses mouvements. En 1857, Rizzoli, qui ignorait les idées d'Esmarch, pratiqua, le premier, dans un cas de constriction cicatricielle, la section de l'os en avant des adhérences.

La manière de faire des deux chirurgiens n'est pas la même. Esmarch met le maxillaire à nu à l'aide d'incisions, qui varient suivant l'état des parties molles. L'os est sectionné en deux points, avec la scie à chaîne ou avec l'ostéotome, et le fragment ainsi enlevé est limité par deux sections verticales, ou bien a une forme triangulaire à base inférieure.

Rizzoli se contente d'écarter la commissure, pour inciser la muqueuse dans le sillon gingivo-labial. Le maxillaire ainsi mis à nu, il emploie des cisailles spéciales, dont il glisse la branche non coupante au-dessous du bord inférieur du maxillaire, puis le long de sa face interne; il applique ensuite la branche coupante de l'instrument sur la face antérieure de l'os, et il sectionne celui-ci d'un seul coup. L'opération peut être pratiquée aussi avec la pince de Liston ou la scie à chaîne.

Levrat (Congrès français de chir., 17 mars 1888) a proposé de modifier les opérations d'Esmarch et de Rizzoli, suivant un procédé déjà indiqué par Carnochan. Levrat fait une incision le long du bord inférieur du maxillaire inférieur, décolle le périoste sur les deux faces de l'os, et, à l'aide d'une pince coupante, fait la section ou la résection de la mâchoire, entre la dernière molaire et le bord antérieur de la branche montante, sans ouvrir la cavité buccale.

Les *résultats immédiats* des opérations d'Esmarch et de Rizzoli sont l'écartement des fragments et la possibilité, pour l'opéré, d'ouvrir largement la bouche. Quant aux *résultats définitifs*, d'après Mathé (Thèse de Paris, 1864) et Duplay (*Arch. gén. de méd.*, 1864, 6e série, t. IV, p. 464), ils seraient en faveur de l'opération de Rizzoli, qui, d'autre part, est d'une exécution plus simple. D'après les auteurs que je viens de citer, après l'opération de Rizzoli, la récidive est moins fréquente, la pseudarthrose s'établit mieux; enfin, la symétrie de la face est moins altérée. Sur 12 opérations faites par le procédé d'Esmarch, Duplay a noté 1 mort, 4 récidives et 7 succès. Les opérations, pratiquées suivant le procédé de Rizzoli, ont donné, sur un total de 13 cas, 3 morts, 1 récidive et 7 succès. L'un des opérés par le procédé de Rizzoli est mort de scarlatine; les deux autres, ainsi que le malade opéré par le procédé d'Esmarch, ont succombé à l'infection purulente. Ces chiffres ne permettent donc pas de comparer les dangers respectifs des deux méthodes, d'autant plus que l'antisepsie permet aujourd'hui d'éviter l'infection purulente.

Quoi qu'il en soit de cette comparaison, la section osseuse doit toujours être faite franchement en avant des adhérences. L'expérience prouve que, lorsqu'une autoplastie est nécessaire, il est indiqué de ne la pratiquer qu'ultérieurement. Enfin les soins consécutifs ont une grande importance au point de vue du succès. Pour favoriser l'établissement définitif de la pseudarthrose, il est essentiel de communiquer régulièrement des mouvements à la mâchoire et de maintenir l'écartement des fragments par l'interposition d'un coin de bois entre les

dents. L'interposition entre les fragments d'un corps isolant, ou de lambeaux périostés et muqueux paraît moins recommandable. Par contre, le sacrifice du périoste sur une étendue plus ou moins grande est parfois utile.

Après l'opération d'Esmarch ou celle de Rizzoli, l'élévation de la mâchoire n'est plus produite que par les muscles élévateurs du côté sain; l'arcade dentaire inférieure pivote sur elle-même, son extrémité libre s'abaisse et se porte en dedans. Mais les opérés s'habituent peu à peu à cette gêne et se servent bien des grosses molaires du côté sain.

Après cette revue des divers traitements employés dans la constriction des mâchoires, est-il possible de poser des conclusions fermes, de fixer la conduite à tenir en face de chaque variété de constriction?

Les *constrictions d'origine musculaire* sont justiciables de la myotomie ou de la désinsertion des muscles.

Aux *constrictions cicatricielles* on opposera la section des brides, mais surtout les opérations autoplastiques.

Les *constrictions d'origine articulaire* ne peuvent guérir que par une opération pratiquée sur le squelette. La résection du condyle, complétée au besoin par la résection de l'apophyse coronoïde, paraît être l'opération de choix, et elle est applicable aux ankyloses bilatérales. On peut encore faire porter la section osseuse sur la branche montante du maxillaire.

Enfin tout traitement opératoire doit être suivi de l'écartement méthodique des mâchoires, appliqué avec persévérance.

Mais les indications sont loin d'être toujours aussi nettes. Bien souvent les facteurs qui entrent en ligne pour produire la constriction sont multiples, et celle-ci ne cède qu'à des opérations complexes. D'autre part, dans certains cas, surtout dans les constrictions cicatricielles, les désordres peuvent être tels que les opérations précédentes demeurent impuissantes. La méthode d'Esmarch-Rizzoli se présente alors comme une ressource précieuse. Toutefois elle n'est applicable qu'à la constriction unilatérale des mâchoires, et, d'autre part, elle a pour inconvénients de supprimer la correspondance des arcades dentaires, de limiter la mastication aux dernières molaires d'un seul côté et de causer une difformité de la face. C'est dire qu'elle constitue, non une méthode de choix, mais une méthode de nécessité.

CHAPITRE V

VICES DE CONFORMATION DES MACHOIRES

Les *vices de conformation de la voûte palatine* ont été étudiés avec le bec-de-lièvre et les maladies de la voûte palatine. Les autres *vices de conformation des mâchoires* ne méritent pas de nous arrêter longuement. Ces vices de conformation sont *acquis* ou *congénitaux*.

1° Vices de conformation acquis. — On observe parfois des *pertes de substance* plus ou moins considérables des mâchoires, à la suite d'une nécrose,

d'une opération chirurgicale, mais surtout d'un grand traumatisme. A la mâchoire supérieure, on peut assez souvent remédier aux désordres par un appareil prothétique. A la mâchoire inférieure, la difformité est généralement plus apparente.

Quand *le corps du maxillaire inférieur a subi une perte de substance*, les deux fragments de l'os se rapprochent et s'unissent dans cette situation par un cal ou par du tissu fibreux. La portion antérieure de la mâchoire forme alors un angle plus ou moins aigu, la partie inférieure de la face est rétrécie, les arcades dentaires ne se correspondent plus, la langue est refoulée en arrière. La mastication, la déglutition et la phonation s'exercent avec difficulté.

Les *ablations plus ou moins complètes du corps de la mâchoire inférieure* par des coups de feu ou par de gros projectiles donnent parfois lieu à des difformités considérables. Legouest (*Traité de chirurgie d'armée*, 2e édit., p. 693) cite 5 cas, dans lesquels des blessés avaient perdu toute la partie antérieure de la mâchoire, sans que la langue se rétractât ou se pelotonnât en arrière sur le larynx. La salive s'écoulait constamment, la déglutition était difficile, la phonation était très imparfaite. Les joues se continuaient avec les parties latérales du cou; ce qui restait de la lèvre inférieure se réunissait avec la partie supérieure du larynx et la base de la langue.

Après la perte du maxillaire inférieur, la mâchoire supérieure éprouve souvent des modifications importantes : les dents se renversent en dedans, au point de devenir à peu près horizontales; ou bien, tout en restant verticales, elle se rapprochent par le rétrécissement latéral de la voûte du palais, qui s'élève en ogive vers les fosses nasales.

La *restauration* des pertes de substance de la mâchoire inférieure, lorsqu'elle est possible, peut réclamer une série d'opérations successives. Cette restauration devient plus difficile, quand elle est entreprise tardivement, alors que les tissus, indurés et rétractés, se sont cicatrisés irrégulièrement et ont contracté des adhérences avec les os.

Indépendamment des pertes de substance, les mâchoires peuvent présenter, à la suite de fractures, de nécroses, etc., toutes sortes de difformités, sur lesquelles je n'insisterai pas.

Je ne parlerai pas non plus de la *constriction des mâchoires*, que j'ai étudiée dans le chapitre précédent.

Parmi les autres vices de conformation acquis, il faut citer l'*exagération unilatérale de la courbure du maxillaire inférieur*, l'*atrophie d'une moitié du maxillaire inférieur*.

La mâchoire inférieure peut être poussée en avant et déformée par une tumeur de la langue. Une déformation analogue résulte des tractions exercées par des cicatrices ou par certaines tumeurs de la lèvre inférieure.

Les tumeurs de la lèvre supérieure, au contraire, *refoulent plutôt le maxillaire supérieur*.

Dans le *rachitisme*, par suite de l'action des muscles génio-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens et masséters, la partie antérieure du maxillaire inférieur s'aplatit, tandis que les parties postérieures basculent, de telle façon que le bord alvéolaire est déjeté en dedans et le bord inférieur évasé en dehors. Le maxillaire supérieur présente un rétrécissement, correspondant à l'insertion des arcades zygomatiques; par suite, son bord alvéolaire se trouve déjeté en dehors.

2° Vices de conformation congénitaux. — Il est une monstruosité rare, qui consiste dans l'existence d'une mâchoire supplémentaire, adhérente à la mâchoire principale; c'est la *polygnathie*. Parmi les polygnathes, on distingue les *épignathes*, chez qui la mâchoire supplémentaire adhère à la voûte palatine, et les *hypognathes*, chez qui la mâchoire supplémentaire adhère à la mâchoire inférieure. Chez les hypognathes, le maxillaire surnuméraire s'implante d'ordinaire, par sa symphyse, au voisinage de la symphyse normale; il renferme des follicules dentaires et des kystes. Ces tumeurs, suivant le sens dans lequel elles se développent, peuvent occasionner des accidents, qui engagent le chirurgien à pratiquer l'ablation de la mâchoire supplémentaire.

L'*atrophie du maxillaire inférieur* n'est pas rare chez les enfants idiots : leur menton est alors fuyant, et ils ont une face de batracien. Par suite de cette difformité, l'arcade dentaire inférieure entre dans la parabole palatine. Il résulte de là une gêne fonctionnelle, qui se trouve diminuée toutefois par une mobilité exagérée de l'articulation temporo-maxillaire, ou même par une disposition spéciale de cette articulation, qui la fait ressembler à celle des rongeurs, la cavité glénoïde ayant une direction antéro-postérieure et permettant à la mâchoire de glisser fortement en avant. L'atrophie du maxillaire inférieur est accompagnée d'une atrophie de la langue et parfois d'une des malformations dont il me reste à parler.

Le *développement exagéré de l'apophyse coronoïde* est une cause de constriction congénitale des mâchoires, par un mécanisme analogue à celui qui permet la luxation de la mâchoire par accrochement osseux. Il est indiqué, dans ce cas, de réséquer l'apophyse coronoïde.

L'*ankylose congénitale de la mâchoire inférieure* a été observée à titre exceptionnel.

Enfin on a décrit des *luxations congénitales*; mais, ainsi que l'ont fait remarquer Malgaigne et Ogston, il ne s'agit pas, à proprement parler, de luxations. Il existe, en effet, non seulement une laxité anormale de la capsule et une déformation des surfaces articulaires, mais encore des lésions bien plus complexes : absence totale ou partielle de la cavité glénoïde, de la racine transverse, du condyle, de la branche montante. Ces anomalies coexistent assez souvent avec l'atrophie du maxillaire inférieur, ou avec d'autres vices de conformation; elles s'observent surtout sur des fœtus monstrueux.

FIN DU TOME IV

[A. HEYDENREICH.]