

Les **fractures du condyle** sont ordinairement doubles et souvent compliquées de fractures du corps du maxillaire inférieur, du maxillaire supérieur ou d'autres os. On observe alors parfois un déplacement du maxillaire inférieur latéralement ou en avant. — Dans les **fractures du rebord alvéolaire** le déplacement des fragments se produit généralement vers l'intérieur de la cavité buccale.

Les **fractures comminutives** reconnaissent le plus souvent pour cause un coup de feu. On rencontre parfois dans ces cas des esquilles nombreuses au siège de la fracture, et l'on peut même observer de véritables pertes de substance de l'os avec déplacement considérable des fragments, et souvent des lésions concomitantes plus ou moins étendues des parties molles ou des os du voisinage. Les fractures que l'on observe dans la pratique civile, s'accompagnent souvent aussi de lésions des gencives et de la peau. Celles qui siègent sur le trajet du canal dentaire, peuvent entraîner la déchirure de l'artère et du nerf qui y sont contenus. — Parfois les fractures du condyle s'accompagnent de lésions de la cavité glénoïde ou de la fosse moyenne du crâne. Dans quelques cas on a même observé la déchirure de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe.

Les fractures du maxillaire inférieur reconnaissent pour cause habituelle une *violence directe* telle qu'un coup ou un choc portant sur la surface de l'os, une chute sur le menton, etc. Dans d'autres cas il s'agit d'une compression du maxillaire entre deux corps résistants, par exemple lorsque la face se trouve prise sous la roue d'une voiture. La *fracture est loin de se produire toujours au point d'application de la violence traumatique*. Ainsi la roue d'une voiture passant sur l'un des côtés du maxillaire, peut déterminer une fracture au niveau de la symphyse par suite de l'exagération de courbure de l'os. De même une chute sur le menton détermine une compression violente des condyles contre les cavités glénoïdes des temporaux, et il peut en résulter une fracture des condyles ou des parties osseuses formant la cavité articulaire (*Voir lésions traumatiques du crâne*, page 31).

Nous avons à mentionner encore ici les fractures du rebord alvéolaire produites par maladresse lors de l'extraction d'une dent, surtout lorsqu'on se sert de la clef.

Nous avons déjà fait mention des *fractures par armes à feu*. Tantôt c'est un projectile de petit calibre ou un éclat d'obus qui est venu broyer l'os par sa face externe; tantôt c'est un coup de revolver tiré dans la bouche dans une tentative de suicide; ici la force de l'explosion agissant de dedans en dehors détruit les parties molles et dures limitant la cavité buccale.

Les **symptômes des fractures du maxillaire inférieur** sont assez bien marqués dans la plupart des cas. Le déplacement, il est vrai, peut faire totalement défaut, et ce n'est alors qu'après un examen très atten-

tif que l'on arrive à poser un diagnostic sûr. Lorsque le déplacement est peu prononcé, on le reconnaît surtout à la *position des dents*, à la déviation qu'elles ont subie au niveau du trait de fracture. La *crépitation* et la *mobilité anormale* font rarement défaut. Nous avons déjà mentionné plus haut le mode de déplacement des fragments. Très souvent des dents sont ébranlées dans le voisinage de la fracture, parfois même elles sont entièrement arrachées et viennent s'interposer entre les fragments. Presque toujours on observe une *plaie des gencives*, entre les lèvres de laquelle on voit quelquefois proéminer les extrémités des fragments ou des esquilles détachées. Au niveau du bord inférieur du maxillaire on peut parfois sentir à travers les parties molles des parties osseuses saillantes, et l'on voit même quelquefois sortir, à travers une plaie des téguments, le bout de l'un des fragments. En général, la bouche ne peut être fermée complètement et le gonflement qui survient bientôt, rend la déglutition difficile.

A la suite des fractures intéressant le canal dentaire on a observé parfois une *névralgie* ou une *anesthésie de la lèvre inférieure et du menton*, et, dans d'autres cas, des symptômes d'irritation nerveuse de nature tétanique.

Les *hémorragies* provenant de l'artère dentaire inférieure, de la faciale et de la maxillaire interne, sont quelquefois très abondantes. La maxillaire interne est assez souvent atteinte dans les fractures par armes à feu intéressant la branche du maxillaire, et la perte de sang qui en résulte peut être considérable.

Les *symptômes des fractures du condyle* sont, en général, moins nets que les précédents. La douleur et la crépitation provoquées par la pression du maxillaire contre les parois de la cavité glénoïde (DESAULT), ne constituent pas des signes certains de fracture, et le gonflement vient souvent masquer la saillie que forme l'os fracturé dans la région de l'articulation temporo-maxillaire. Le menton est en général dévié du côté de la lésion, le fragment inférieur s'élevant sur la face externe du supérieur qui reste articulé avec le temporal. L'écoulement par l'oreille observé parfois dans ces fractures, doit être naturellement attribué à une lésion concomitante de la cavité glénoïde ou de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe, ou même à une fracture de la base du crâne (*Voir lésions traumatiques du crâne* § 20). Enfin nous devons ajouter que les fractures du condyle s'accompagnent assez souvent de symptômes de commotion ou de lésion du cerveau.

Bientôt après l'accident, le blessé présente le plus souvent une *salivation abondante*; les parties molles de la bouche deviennent le siège d'un gonflement notable, et une *stomatite* ne tarde pas à survenir pour peu qu'on néglige les soins de propreté; en effet les liquides sécrétés dans la cavité buccale se décomposent rapidement, et les plaies qui peuvent s'y trouver ne tardent pas à s'infecter. Ces phénomènes nous expliquent l'odeur in-

fecte qui s'exhale par la bouche, ainsi que la nécrose des esquilles et des extrémités des fragments que l'on observe assez souvent dans les fractures compliquées du maxillaire inférieur. Au voisinage du foyer de la fracture se forment des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur. Toutefois il est rare de voir se produire des nécroses étendues, bien que l'on cite des exemples d'élimination de tout un côté du maxillaire inférieur, ou d'une branche montante avec son articulation.

Par contre les fractures simples guérissent souvent avec une rapidité étonnante. La consolidation s'opère presque toujours dans l'espace de trois à six semaines. A la suite de l'oblitération du canal dentaire par le cal on a parfois observé une atrophie par défaut de nutrition de l'arcade alvéolaire, atrophie qui s'accompagne de la chute des dents (WERNHER). Les pseudarthroses sont rares à la suite de ces fractures. De légères déformations, comme un certain degré d'obliquité des dents, s'améliorent en général dans la suite sous l'influence de la mastication. Dans nombre de cas, cependant, le déplacement est si considérable que l'on est obligé de procéder à la rupture du cal ou à sa division par voie sanglante.

Dans le **traitement des fractures du maxillaire inférieur**, la tâche du chirurgien, lorsqu'il a opéré la réduction et, au besoin, l'hémostase, consiste à maintenir les fragments réduits dans une position convenable. Il doit, en outre, avoir soin d'ouvrir de bonne heure les abcès qui pourraient se développer, afin de prévenir des nécroses étendues.

Dans quelques cas la *réduction de la fracture* offre de grandes difficultés. On cherchera à les surmonter en introduisant dans la bouche du blessé le doigt ou un instrument agissant comme levier, et en s'aidant de l'autre main à l'extérieur par des pressions ou des tractions sur le bord externe des branches du maxillaire. La réduction des fractures articulaires doit être opérée aussi à l'aide des doigts introduits assez haut dans la cavité buccale, ainsi qu'au moyen de tractions ou de pressions sur la région mentonnière. Pour la réduction ainsi que pour le traitement ultérieur, il est très avantageux que l'arcade alvéolaire porte des dents solidement fixées. On peut alors, en effet, à l'aide d'un fil métallique, dont on fait sortir les bouts par la bouche, exercer des tractions convenables par l'intermédiaire des dents, ce qui facilite singulièrement la réduction de la fracture (MOREL LAVALLÉE).

Comme un grand nombre de fractures simples et même de fractures multiples du maxillaire inférieur, ne présentent aucune tendance au déplacement, le traitement en est bien simple ; il suffit d'appliquer une fronde sous le menton, et de prescrire au blessé le repos et l'abstention de tout mouvement de mastication. Mais il n'en est plus de même dans certains cas, surtout lorsqu'il s'agit de fractures comminutives ; celles-ci se montrent parfois très rebelles au traitement. L'adjonction à la fronde simple d'une gouttière en plâtre ou en carton humecté, moulée sur le bord inférieur du maxillaire, ne présente pas de bien grands avan-

tages dans ces cas. Ces gouttières ont pour but, non seulement de soutenir le maxillaire, mais encore de maintenir serrée la rangée inférieure des dents contre l'arcade dentaire supérieure. Or ce but ne peut être atteint, la nécessité d'alimenter le malade ne permettant pas de lui maintenir la bouche constamment close.

La plupart des anciens appareils avaient été imaginés dans le but d'agir à la manière de crampons sur les dents du maxillaire inférieur, et de les fixer par compression sur une attelle placée sur le bord inférieur de l'os (RUTTENIK, LONSDALE). Ces appareils ne sont pas pratiques par le fait que les blessés ne les supportent que difficilement ; l'attelle, en effet, lorsqu'elle est solidement appliquée, exerce une pression douloureuse et peut même déterminer la formation d'une escarre. On a conseillé également de fixer par une anse de fil métallique les deux dents les plus rapprochées du trait de fracture, mais ce moyen échoue ordinairement, soit que le fil glisse et s'échappe, soit que la dent ne tarde pas à s'ébranler. La *suture osseuse*, que l'on pratique après avoir foré un ou plusieurs trous sur le bord de chacun des fragments, est souvent couronnée de succès comme j'ai pu m'en assurer moi-même dans plusieurs cas de fractures très graves ; mais on se gardera bien d'avoir recours sans absolue nécessité à un procédé aussi compliqué et entraînant une lésion traumatique d'une certaine importance.

Lorsque le maxillaire est pourvu d'un nombre de dents suffisant, celles-ci constituent le meilleur point d'application d'attelles formées d'une substance pouvant se ramollir et se durcir ensuite. MOREL LAVALLÉE est le premier qui ait employé la *gutta-percha* dans ce but. La réduction opérée, on fait ramollir dans de l'eau chaude une lanière de cette substance de 10 à 12 centimètres de longueur sur 1 1/2 à 2 1/2 centimètres d'épaisseur ; puis on lui donne la forme de l'arcade dentaire intéressée par la fracture, et on la moule sur les dents de façon que celles-ci la traversent presque de part en part. On fait alors fermer la bouche et l'on favorise le durcissement de la gutta-percha par l'introduction d'eau froide ou de glace dans la cavité buccale. Le moule une fois durci, on le retire de la bouche pour le façonner, puis on en coiffe de nouveau l'arcade dentaire. Une attelle de ce genre n'empêche pas complètement le déplacement vertical, et il faut employer en même temps une fronde ou un appareil particulier destiné à soutenir le maxillaire. MOREL LAVALLÉE conseille dans ce but l'usage d'une tige recourbée faisant ressort, et dont on fixe une des extrémités amincie dans la partie supérieure de l'attelle de gutta-percha préalablement ramollie, tandis que l'autre extrémité se recourbe autour de la lèvre inférieure pour se terminer sur une pelotte excavée appliquée sous le menton.

Ces attelles en gutta-percha peuvent, du reste, être employées d'une façon analogue pour les fractures du maxillaire supérieur. Si l'on ne réussit pas à maintenir ainsi la réduction, on peut donner à l'attelle un