

point d'appui en la reliant par de petites colonnes de gutta-percha à une attelle semblable fixée sur l'arcade dentaire inférieure. Dans ce cas l'appareil doit être appliqué de façon que la bouche reste ouverte. — Ce même appareil pourrait être employé dans les cas rares de fracture simultanée du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur.

Les progrès réalisés à notre époque dans la prothèse dentaire permettent, du reste, d'obtenir des résultats satisfaisants à l'aide d'appareils moulés exactement, même dans les cas les plus défavorables en apparence, de fractures par armes à feu (SUERSEN¹).

Dans ces derniers temps le dentiste SAUER s'est particulièrement occupé de la correction et de la guérison des fractures du maxillaire consolidées dans une position vicieuse (Deutsche Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde XXI, 3 et 4). Il avait cherché autrefois à corriger la déviation au moyen d'un plan incliné adapté à l'arcade alvéolaire, de façon à exercer une pression sur le fragment dévié dans la direction voulue grâce à la tonicité et aux contractions des muscles élévateurs de la mâchoire. Actuellement il pense pouvoir obtenir le même résultat au moyen de l'appareil lui-même, qui consiste en deux fils d'or ou de fer, dont un pour chacun des deux fragments. Le fil partant du siège de la fracture est conduit le long de la face interne des dents, puis ramené le long de la face externe en passant entre deux molaires ou en arrière de la dernière grosse molaire. Les endroits privés de dents sont comblés par un morceau de plomb soudé aux deux portions du fil métallique passant l'une en dedans et l'autre en dehors de la rangée dentaire. Le fil du court fragment se termine au niveau de la fracture ; par contre le fil du long fragment dépasse celui-ci en avant, et l'un des bouts est introduit dans une canule adaptée au fil du court fragment. Des anses de fil de fer servent à fixer aux dents ces espèces d'attelles métalliques. Le bout intra-canulaire est saisi à l'aide d'une pince à mors plats à sa sortie de la canule, puis ramené en avant des dents et de l'appareil jusqu'à l'autre extrémité libre du même fil ; les deux bouts sont alors tordus ensemble. Les jours suivants on augmente la torsion des fils à mesure que l'appareil se relâche. Ce dernier sera, du reste, renouvelé tous les huit jours.

Il est rare que dans les fractures comminutives du maxillaire inférieur le chirurgien ait à entreprendre des opérations de quelque importance, et sa tâche se borne le plus souvent à l'extraction d'esquilles détachées. Dans le cours du traitement il faut, autant que possible, par des lavages de la bouche avec des substances désinfectantes, éviter la décomposition putride des liquides sécrétés. Les abcès qui pourraient survenir, doivent être ouverts aussitôt que possible. Lorsque ces abcès communiquent avec la cavité buccale, il arrive souvent que la suppuration ne tarit pas avant que l'on ait pratiqué une contre-ouverture sous le bord inférieur du maxillaire, et que l'on y ait introduit un drain allant jusque dans l'intérieur de la bouche. C'est là un procédé qui est certainement à

1. Voir à ce sujet les appareils ingénieux décrits par CL. MARTIN, méd. dentiste à Lyon, dans la « Revue de Chirurgie », du 10 Nov. 1887. (Note du traducteur.)

conseiller dans toutes les suppurations prolongées de la cavité buccale.

§ 10. **Luxation du maxillaire inférieur.** — Dans la luxation de la mâchoire inférieure le condyle du maxillaire s'échappe en avant du condyle du temporal pour venir se loger dans la fosse de même nom. Cette luxation en avant est beaucoup plus souvent double que simple (34 fois sur 76 cas d'après MALGAIGNE). Elle est surtout fréquente chez l'homme adulte, bien qu'on puisse l'observer aussi au début de la vie, de même que dans la vieillesse.

La luxation du maxillaire inférieur reconnaît le plus souvent comme cause l'ouverture exagérée de la bouche produite soit par le malade lui-même, comme dans le bâillement, les accès de rire, les vomissements, ou dans des convulsions, soit par une autre personne, par exemple dans l'écartement forcé des mâchoires pour introduire un corps volumineux dans la cavité buccale, ou dans des tentatives d'alimentation forcée, chez les aliénés par exemple, etc. De même on a vu des luxations se produire entre les mains de dentistes maladroits. Enfin dans des cas très rares la cause consiste dans une violence agissant directement sur le maxillaire, comme un coup de pied de cheval, ou la chute d'une masse de terre sur la tête d'un individu couché sur le sol.

Comme le fait remarquer HENKE, la luxation du maxillaire inférieur est un des meilleurs exemples d'une lésion produite par la simple exagération du fonctionnement d'une articulation au delà de ses limites normales. On est dès lors parfaitement autorisé à désigner une telle lésion sous le nom d'entorse malgré l'absence d'une déchirure de la capsule articulaire. De fait cette dernière reste toujours intacte, autant que l'on peut en juger d'après les quelques renseignements fournis à ce sujet par l'anatomie pathologique,

MAISONNEUVE a fait sur des cadavres une série d'expériences dans le but de rechercher les lésions produites dans la luxation temporo-maxillaire. Il a trouvé que la capsule articulaire reste toujours intacte, tandis que le condyle du maxillaire, entraînant le ménisque interarticulaire, franchit le condyle du temporal pour se placer au-devant de lui, position dans laquelle il reste fixé surtout par la *tension anormale des ligaments latéraux, tels que les ligaments sphéno et stylo-maxillaires*. Chez le vivant la plupart des muscles, surtout le temporal, puis le masséter et le ptérygoïdien externe, sont aussi fortement tendus. La tension active, contractile, des muscles s'ajoute ainsi à la tension mécanique des ligaments, et l'on comprend dès lors aisément comment les mouvements instinctifs qu'exécute le malade, aussitôt la luxation produite, pour refermer la bouche, ne servent qu'à fixer encore davantage le maxillaire dans sa position anormale. L'axe autour duquel se font normalement les mouvements du maxillaire inférieur, se trouvant déplacé, les muscles en se contractant ne peuvent plus produire l'occlusion de la bouche ; bien au contraire, ils refoulent encore davantage le condyle dans la fosse tempo-

rale, et l'apophyse coronoïde contre l'arcade zygomatique. NELATON, se basant sur des recherches anatomiques, avait reproduit une opinion soutenue déjà il y a longtemps, et d'après laquelle l'apophyse coronoïde viendrait s'accrocher au bord inférieur de l'os malaire et s'opposerait ainsi à la réduction de la luxation. Cette opinion a été combattue par MAISONNEUVE qui ne l'a jamais trouvée vérifiée dans ses expériences ; il a prouvé que la section des apophyses coronoïdes ne facilite nullement la réduction de la luxation, tandis que cette réduction s'opère immédiatement lorsqu'on divise les ligaments latéraux (sphéno et stylo-maxillaires). ROSER, du reste, a essayé également, mais sans succès, de faciliter la réduction par la résection des apophyses coronoïdes.

Le symptôme qui frappe tout d'abord le médecin, et qui est particulièrement désagréable au malade, c'est l'impossibilité de fermer la bouche. Dans presque tous les cas observés, celle-ci était largement ouverte avec un écartement des mâchoires allant jusqu'à un peu plus de 5 centimètres (MALGAIGNE). Elle ne peut être fermée ni par l'action des muscles de la mastication, ni par des pressions exercées sur le menton. En même temps on reconnaît le déplacement en avant du condyle du maxillaire par le fait que les incisives inférieures dépassent plus ou moins les supérieures (de quelques lignes jusqu'à un demi-pouce d'après STROMEYER). Tandis que l'on sent les condyles du maxillaire dans les fosses temporales, on constate une dépression au niveau de la cavité glénoïde du temporal. Les joues sont allongées et aplaties, les masséters fortement saillants. La bouche restant constamment ouverte, la muqueuse se dessèche, tandis que la salive s'écoule à l'extérieur. La mastication est naturellement impossible, et la phonation est entravée par suite de la gêne dans les mouvements des lèvres.

Dans la **luxation unilatérale**, les symptômes sont moins prononcés. La dépression au niveau de la cavité glénoïde, ainsi que la saillie du condyle dans la fosse temporale, n'existent que d'un seul côté. *Le menton est légèrement dévié du côté sain, tandis que c'est l'inverse que l'on observe dans la fracture du condyle.*

Lorsque la luxation de la mâchoire n'a pas été réduite, les symptômes s'amendent ordinairement quelque peu avec le temps ; les dents se rapprochent au point que la mastication, avec les molaires du moins, redevient possible, bien que d'une façon incomplète. Les lèvres aussi se rapprochent, mais les troubles fonctionnels, si pénibles pour le malade, persistent en partie, et il est très rare d'observer une réduction spontanée. D'autre part on publie constamment des cas dans lesquels la réduction a pu être opérée au bout d'un temps très long, soit deux ou trois mois après l'accident.

Pour réduire la luxation temporo-maxillaire, il faut d'abord triompher de la tension musculaire, active et passive, afin d'attirer en bas le condyle du maxillaire sous celui du temporal et le pousser ensuite en arrière

dans la cavité glénoïde. Pour que cette manœuvre soit couronnée de succès, il faut vaincre la résistance opposée par les ligaments de l'articulation. Comme on ne peut agir directement sur le condyle pour le repousser en arrière et en bas, il ne nous reste que deux points d'application de la force à déployer pour la réduction, à savoir le corps du maxillaire et les apophyses coronoïdes. On comprend que l'on ait choisi d'abord de préférence le premier de ces points. Ce procédé remonte, en effet, à une époque très reculée, et il a été employé surtout au moyen âge, après que PARÉ et plus tard PETIT l'eurent conseillé et fait connaître. Les deux pouces sont introduits dans la bouche et viennent s'appliquer sur les grosses molaires, tandis que les autres doigts de chaque main embrassent extérieurement le maxillaire luxé. On effectue alors la réduction en exerçant avec les pouces une pression énergique en bas et en arrière, en même temps que l'on relève fortement le menton. Pour éviter une morsure il faut avoir soin d'entourer les pouces d'un linge, ou de les porter rapidement en dehors au moment de la réduction. Dans le cas où ce procédé ne réussirait pas, on introduirait, au lieu des pouces, des coins de bois entre les parties postérieures des deux arcades dentaires, puis on refoulerait le menton en haut et en arrière (SALICET). Enfin, au besoin, on aura recours à des instruments spéciaux composés de deux leviers croisés à la façon d'une pince à pansement, et permettant d'écarter les mâchoires à leur partie postérieure. Ce dernier moyen a été conseillé par STROMEYER pour les luxations anciennes.

Dans les luxations doubles il semble indiqué de réduire l'une d'elles d'abord, puis l'autre, en employant le procédé décrit plus haut successivement de chaque côté. L'opération est alors facilitée sans doute par le fait que, pendant que l'on réduit l'un des côtés, la tête articulaire du côté opposé constitue un point d'appui pour la réduction.

A côté des procédés que nous venons d'exposer, et qui réussissent dans la plupart des cas, il faut mentionner encore ceux qui consistent à agir sur les apophyses coronoïdes. Ces procédés sont évidemment aussi très anciens, mais ils ont été employés surtout au XVIII^e siècle par DUPONG, FABRE et CHAUSSIER. Ils tombèrent en désuétude jusqu'à ce qu'ils furent de nouveau tirés de l'oubli par NÉLATON, lequel s'inspirait de ses idées sur l'obstacle opposé à la réduction par les apophyses coronoïdes. D'après ce chirurgien, il faut dégager d'abord ces apophyses, puis leur imprimer un mouvement d'avant en arrière. Bien que nous ne partageons pas la manière de voir de NÉLATON sur le principe servant de base à ce procédé, nous devons cependant recommander ce dernier, qui, d'après l'avis de plusieurs chirurgiens (BUSCH), réussit parfois très bien. Nous le conseillons d'autant plus que la conclusion tirée par MAISONNEUVE de ses propres expériences, est que la méthode de réduction la meilleure et la plus rationnelle consiste à relâcher d'abord les ligaments tendus en produisant l'abaissement de la mâchoire, puis à