

Les cas les plus graves de constriction cicatricielle des mâchoires sont naturellement ceux qui surviennent à la suite d'une destruction étendue de la muqueuse des joues et des gencives. Les deux maxillaires se trouvent alors réunis par une masse fibreuse plus ou moins dense occupant tout le rebord alvéolaire. Les arcades dentaires restent constamment en contact, et la rétraction cicatricielle peut même déterminer une compression qui se manifeste quelquefois par une altération dans la position des dents. L'ossification peut même envahir les brides cicatricielles, de façon à former un pont de tissu osseux réunissant les deux mâchoires. Lorsque la muqueuse n'est que partiellement détruite, il se forme simplement des adhérences en forme de brides plus ou moins résistantes et de longueur variable.

Une cicatrice siégeant à la face interne des joues, sans intéresser le cul-de-sac gingivo-buccal, limite plus ou moins l'écartement des mâchoires. Parfois aussi la constriction cicatricielle est due à des traumatismes compliqués des os et des parties molles de la région buccale.

Les inconvénients qui résultent du défaut de mobilité du maxillaire, se manifestent en première ligne par l'obstacle apporté à l'introduction et à la division des aliments. La mastication devient d'autant plus difficile que la constriction est plus prononcée, et le malade est obligé de se borner de plus en plus à une nourriture liquide. Dans les cas de constriction extrême les aliments ne peuvent plus être introduits qu'à la condition qu'il existe une brèche dans les arcades dentaires, ou que l'on en crée une artificiellement.

Le nettoyage de la cavité buccale est forcément incomplet et il en résulte une décomposition des liquides qui y sont sécrétés. Les dents s'incrustent de tartre et la muqueuse buccale irritée devient facilement le siège d'ulcérations, qui rendent la situation du malade encore beaucoup plus pénible. A ces inconvénients viennent s'ajouter l'embarras de la parole, laquelle prend un caractère sifflant particulier, et la déformation de la face.

§ 80. — **La méthode de traitement** à laquelle on songe tout d'abord lorsqu'on se trouve en présence d'une constriction cicatricielle des mâchoires, c'est évidemment la section des cicatrices qui sont la cause de cette immobilité. Mais il est aisé de comprendre qu'une simple section ne peut avoir de bons résultats que dans les cas les plus favorables d'adhérences en forme de brides, tandis qu'elle ne saurait avoir d'effet durable lorsqu'il s'agit d'adhérences très étendues avec destruction de la muqueuse des joues et des gencives et effacement des culs-de-sac gingivo-buccaux. Le procédé en question consiste à introduire un bistouri dans la cavité buccale et à sectionner, l'index servant de guide, toutes les brides cicatricielles qui sont la cause de la constriction; en même temps on écarte de plus en plus les mâchoires l'une de l'autre au moyen de coins que l'on

enfonce entre les arcades alvéolaires, ou à l'aide d'un spéculum à vis, etc., de façon à tendre préalablement toutes les brides qu'il s'agit de diviser. Mais admettons que l'on ait réussi à pratiquer facilement cette section des tissus cicatriciels, on se trouve alors en présence de la partie la plus difficile du traitement; il s'agit, en effet, d'empêcher que les tissus divisés se réunissent de nouveau, et de lutter contre la rétraction cicatricielle qui se produit pendant la guérison des plaies résultant de l'opération. On commencera par remplir de charpie l'espace situé entre les joues et les arcades alvéolaires, de façon à prévenir la soudure des surfaces avivées. En outre on cherchera à s'opposer aux effets de la rétraction cicatricielle par l'écartement forcé et souvent répété des mâchoires au moyen d'un spéculum à vis introduit entre les arcades dentaires. Tous ceux qui connaissent la puissance continue que possèdent les cicatrices en voie de rétraction, ne peuvent se faire illusion au sujet des difficultés que l'on rencontre dans le traitement consécutif. Il va sans dire que les pertes de substance cicatrisées de la peau des joues ou de la commissure des lèvres devront être en même temps réparées par des opérations plastiques. On sait que LANGENBECK a obtenu ainsi quelques bons résultats.

Le procédé que nous venons de décrire peut être essayé dans les cas où des adhérences cicatricielles se sont produites au niveau de la partie antérieure des arcades dentaires, et JAESCHE lui a fait subir dans ce but une heureuse modification. Ce chirurgien chercha d'abord à donner un revêtement cutané aux rebords alvéolaires; il divisa la joue transversalement dans toute sa largeur à partir de la commissure, et laissa les bords de la plaie se cicatriser isolément en maintenant la bouche largement ouverte. Ces bords en se rétractant vinrent s'appliquer contre les rebords alvéolaires supérieur et inférieur, et, au bout d'un mois environ, ils avaient formé un revêtement cutané destiné à remplacer la gencive détruite. Il s'agissait ensuite de reconstituer la joue et la commissure buccale. Dans ce but la fente de la joue fut circonscrite par une incision elliptique, et la peau de la face fut disséquée en haut et en bas, et réunie de façon à reformer la paroi externe de la cavité buccale; cette paroi, il est vrai, se trouvait dépourvue de muqueuse, mais au moins elle ne pouvait plus désormais contracter des adhérences avec la gencive, celle-ci étant tapissée d'une couche cutanée. Il est vrai qu'après cette seconde opération il faut s'attendre à une nouvelle rétraction cicatricielle de la joue, mais celle-ci conserve cependant une étendue suffisante pour permettre dans de certaines limites l'écartement des mâchoires. Ce procédé de JAESCHE peut évidemment être employé dans certains cas, mais il est loin d'être toujours suffisant, surtout lorsque les adhérences siègent au niveau des parties postérieures des maxillaires. Souvent alors on pourra utiliser avec avantage le méthode de GUSSENBAUER consistant, comme nous l'avons vu (§ 74), à tailler un lambeau dans la joue et à le retourner de façon que sa face cutanée vienne remplacer la muqueuse détruite.

Il nous semble que dans nombre de cas on réussirait ainsi à épargner au malade les opérations dont nous allons parler, et qui, tout en n'étant pas dépourvues de dangers, ne peuvent donner que de maigres résultats.

Déjà avant ESMARCH plusieurs chirurgiens avaient imaginé et même mis en pratique le procédé opératoire consistant à laisser intactes les adhérences cicatricielles, et à créer une pseudarthrose à la partie antérieure du maxillaire inférieur; la portion de l'os située en avant de la nouvelle articulation peut ainsi suivre les mouvements d'élévation et d'abaissement qu'exécute la branche horizontale du maxillaire du côté opposé. Mais c'est ESMARCH le premier qui a rendu vraiment pratique cette opération en précisant le point au niveau duquel doit être faite la section de l'os. Il est évident que ce point ne peut siéger qu'en avant des adhérences qui fixent l'un contre l'autre les deux maxillaires; c'est cette partie ainsi immobilisée qui devra servir de base fixe aux mouvements de la nouvelle articulation. ESMARCH fut amené à cette conclusion par l'observation d'un cas dans lequel une gangrène de la joue survenue à la suite d'une fièvre typhoïde avait déterminé, au niveau de la cicatrice, une nécrose du maxillaire, laquelle à son tour avait donné lieu à une pseudarthrose mobile dans le point correspondant.

La publication de cette observation engagea WILMS à pratiquer simplement par un trait de scie la section du maxillaire; d'autre part, une année auparavant, RIZZOLI avait déjà tenté cette opération par la bouche à l'aide de cisailles ostéotomes. Les opérateurs qui se sont servis de cette méthode, sont loin d'être d'accord au sujet de son utilité; tandis que la plupart des chirurgiens allemands et français ont vu la récurrence succéder de près à l'opération, RIZZOLI n'aurait obtenu que de bons résultats suivant une communication qu'il a faite à VERNEUIL, et, cependant, cet opérateur se servait en quelque sorte de la méthode sous-cutanée: après avoir fortement attiré en avant et en bas la lèvre inférieure il incisait la muqueuse à la face interne du maxillaire, introduisait l'une des branches des cisailles jusqu'à la base de l'os et se contentait de sectionner simplement ce dernier. Dès le principe ESMARCH avait conseillé de mettre à nu le maxillaire à l'endroit où l'on veut créer une pseudarthrose, et de réséquer l'os dans toute son épaisseur sur une longueur d'environ trois centimètres. Cette idée fut bientôt mise à exécution par WILMS et ESMARCH lui-même. La portion excisée devait avoir la forme d'un coin à base dirigée en bas.

Dans un certain nombre de cas graves on a vu des récurrences survenir même à la suite d'opérations pratiquées d'après cette dernière méthode. Il est clair que l'on devra d'autant plus s'attendre à une récurrence que l'on aura conservé plus de périoste, et laissé plus longtemps dans l'immobilité les extrémités osseuses destinées à former la nouvelle articulation. Mais on sera bien plus assuré du succès si l'on a soin de créer des conditions

aussi favorables que possible à la formation d'une pseudarthrose pourvue d'un tissu interosseux peu épais et extensible. C'est par la résection de l'os sur une étendue suffisante que l'on obtiendra le mieux ce résultat. On ne négligera pas, d'autre part, d'imprimer de bonne heure des mouvements au segment antérieur de la mâchoire et de produire l'élongation du tissu cicatriciel. VERNEUIL, de son côté, a attiré l'attention des chirurgiens sur la possibilité d'interposer des parties molles entre les extrémités osseuses après la résection, dans le but d'obtenir encore plus sûrement une pseudarthrose.

Nous ne pouvons passer sous silence que l'on a déjà observé plusieurs cas de mort par pyémie à la suite de l'opération que nous venons de décrire. Aujourd'hui une pareille terminaison n'est plus guère à redouter à condition que l'on opère avec les précautions de la méthode antiseptique, et que l'on ait soin de faire des applications d'iodoforme dans la cavité buccale.

III. MALADIES DES MAXILLAIRES.

a. Des processus inflammatoires des maxillaires et de leurs conséquences. Ostéite, périostite, carie et nécrose.

§ 81. — Les processus inflammatoires dont les maxillaires supérieur et inférieur peuvent devenir le siège, offrent entre eux assez d'analogies pour qu'il nous paraisse utile de les comprendre dans une même description.

Dans la grande majorité des cas ce sont les maladies de l'appareil dentaire qui déterminent les affections inflammatoires des maxillaires. Nous renvoyons au chapitre consacré aux maladies des dents la description du phlegmon connu sous le nom de **parulie** ou **d'abcès dentaire**, et nous nous bornons à faire remarquer ici que les nécroses du rebord alvéolaire à la suite d'abcès dentaires sont très rares relativement à la fréquence de ces derniers, et qu'il est encore plus rare de voir ces nécroses occuper une étendue quelque peu considérable. C'est surtout à la suite d'abcès sous-périostaux à contenu putride, et dont on a différé très longtemps l'ouverture, que l'on observe des nécroses du maxillaire, et encore celles-ci sont-elles le plus souvent circonscrites, c'est-à-dire qu'elles ne s'étendent presque jamais au delà du rebord alvéolaire. Quelquefois cependant la nécrose est plus étendue et intéresse, par exemple, toute une branche du maxillaire inférieur jusqu'à la tête articulaire, laquelle peut même se mortifier également. Ces vastes nécroses s'observent surtout à la suite de phlegmons putrides d'origine dentaire, restés longtemps sans traitement, et survenant chez des individus âgés. Souvent elles se développent à la suite de manœuvres violentes d'avulsion de dents cariées, et l'on se demande, lors de l'extraction du séquestre, si la nécrose n'aurait