

de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, y compris l'apophyse coronéide, mais respecta l'articulation temporo-maxillaire ainsi qu'une bandelette osseuse n'ayant que l'épaisseur du dos d'une lame de couteau et correspondant au bord inférieur de la branche horizontale et postérieure de la branche montante de l'os. La guérison s'opéra, paraît-il, sans laisser aucune altération notable de la forme et des mouvements du maxillaire.

Lorsque, après une résection, les parties du maxillaire laissées intactes sont encore pourvues de dents, on peut très bien les relier au moyen d'une pièce prothétique, et même dans les cas où les dents font entièrement défaut, on peut également avoir recours à la prothèse en reliant la pièce destinée au maxillaire inférieur à une plaque fixée au maxillaire supérieur.

Désarticulation d'une moitié du maxillaire inférieur.

§ 410. — En règle générale l'incision des parties molles devra être, ici également, pratiquée le long du bord inférieur du maxillaire, puis le long du bord postérieur de la branche montante jusqu'à l'oreille. Mais autant que possible on ne prolongera pas d'emblée l'incision verticale jusqu'au niveau de l'articulation, car on serait alors obligé de diviser immédiatement la parotide et le nerf facial; on arrêtera donc cette incision à la hauteur du bord inférieur du lobule de l'oreille. Dans les cas de tumeurs volumineuses ou ayant contracté des adhérences avec la peau, d'autres incisions peuvent être nécessaires; ainsi, il est parfois avantageux de faire une incision partant de l'extrémité antérieure de la première, au niveau du menton, pour s'élever verticalement vers le rebord de la lèvre ou la commissure buccale. (LANGENBECK, ici encore, commence par diviser le maxillaire à la limite de la partie malade.)

Après avoir fait les incisions de la peau, on détache les parties molles de la tumeur, et l'on décolle également le périoste dans les cas où ce dernier est sain et peut être conservé. Ce décollement du périoste est pratiqué d'abord à la face antérieure de l'os, et l'on a soin de maintenir cette membrane en relation avec les muscles qui s'y insèrent; peu à peu, on reloule ainsi toute la joue de bas en haut et on la maintient dans cette position. Lorsqu'en raison du volume modéré de la tumeur au niveau de l'articulation, on a pu épargner la parotide et le nerf facial, on les détache également pour les attirer en haut. On scie ensuite l'os à la limite de la partie malade, et l'on décolle les parties molles de la face interne de la même manière qu'à la face externe, c'est-à-dire en conservant le périoste lorsqu'il est intact; s'il est malade, on détache simplement les parties molles de la surface de la tumeur, à l'aide de ciseaux ou d'un bistouri boutonné. On sépare d'abord les insertions du digastrique, du génio-hyoïdien et du mylo-hyoïdien, on décolle le périoste de la branche horizontale, puis de la branche montante, et attirant de plus

en plus le maxillaire en bas et en dehors, on fait apparaître l'apophyse coronéide au niveau de laquelle on divise l'insertion du tendon du muscle temporal.

W. BUSCH fait remarquer à ce propos que lorsqu'on s'est contenté d'une petite incision des parties molles, de façon à respecter le nerf facial, il est plus facile de diviser l'apophyse coronéide avec la pince de Liston que de sectionner le tendon du muscle temporal. On peut alors enlever plus tard l'apophyse coronéide restée fixée au muscle.

La section du tendon du temporal est pratiquée à l'aide d'un bistouri boutonné ou des ciseaux de Cooper, avec la précaution d'introduire le doigt pour guider l'instrument; puis, le maxillaire étant attiré davantage en dehors, on divise également l'insertion du ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux dentaires inférieurs et le nerf de même nom. Il ne reste plus alors qu'à détacher l'insertion du ptérygoïdien externe sur le col du condyle du maxillaire. La capsule articulaire est ouverte par une incision pratiquée perpendiculairement sur le condyle, puis, à l'aide du bistouri, on divise tout près de l'os les insertions ligamenteuses, pendant que l'on continue à imprimer au maxillaire un mouvement d'abduction et de torsion.

Si l'on opère de la manière que nous venons d'indiquer, en ayant soin de pratiquer toujours les incisions directement sur l'os, il devient tout à fait superflu de lier préalablement la carotide comme on le faisait autrefois. La faciale et la dentaire inférieure sont, en effet, les seules artères divisées dans le cours de l'opération; la maxillaire interne et l'artère transverse de la face peuvent être parfaitement évitées, et si elles venaient à être blessées, il serait facile de les lier pendant que l'on comprimerait la carotide¹.

La méthode antiseptique est certainement aussi applicable aux résections du maxillaire inférieur. On cherchera préalablement à rendre aseptique, autant que possible, tout le champ opératoire, c'est-à-dire aussi bien la cavité buccale que la surface cutanée. S'il s'agit seulement d'une résection du rebord alvéolaire, on peut parfois, l'opération terminée, réunir la muqueuse de la face postérieure avec celle de la face antérieure du maxillaire (muqueuse du plancher buccal et muqueuse de la joue ou de la lèvre), après avoir saupoudré et frotté d'iodoforme les

1. Si l'on avait à pratiquer l'ablation de la totalité du maxillaire inférieur, on ne s'y prendrait pas autrement que pour enlever la moitié de cet os, car la section dans la région du menton s'impose dès que la dénudation de l'os est terminée. On détachera les parties molles le plus loin possible en tous sens avant d'ouvrir la cavité buccale, puis on enlèvera successivement et prestement les deux moitiés du maxillaire séparées par le trait de scie (Farabeuf, *Précis de manuel opératoire*). Cette opération a été pratiquée pour la première fois par BOCCA (1842).

(Note du traducteur).

deux surfaces de section de l'os. On applique également de l'iodoforme sur la surface suturée. Lorsqu'on a pratiqué une résection dans la continuité, nous conseillons de chercher autant que possible à fermer en bas la cavité buccale au moyen de sutures de catgut. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les fils de suture que l'on passe également à travers la masse musculaire de la langue, peuvent empêcher la chute de cet organe en arrière. En même temps, ces fils servent à relever la lèvre et à lui donner une meilleure position (BUSCH). Si l'on réussit à reconstituer ainsi un plancher buccal, la plaie externe doit être suturée isolément et bien drainée dans la région du cou. A ce niveau on peut bourrer provisoirement la plaie de gaze iodoformée, ou bien se contenter de la saupoudrer d'iodoforme. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels on se trouve en présence de tumeurs très volumineuses, dont l'extirpation entraîne nécessairement l'ablation de grands lambeaux de peau et de muqueuse. Parfois alors, on ne réussit pas à empêcher la formation, au niveau du cou, d'une fistule persistante en communication avec la cavité buccale. Ce n'est qu'après la guérison de la plaie opératoire que l'on peut reconnaître s'il y a possibilité de fermer cette fistule par une opération plastique. La plaie du cou sera recouverte d'un pansement antiseptique. Dans la règle l'alimentation doit être pratiquée à l'aide d'une sonde œsophagienne ou d'un vase muni d'un long tube d'écoulement.

Maladies des dents et processus morbides des maxillaires qui peuvent en être la conséquence.

§ 111. — L'ordre d'apparition des premières dents chez l'enfant est assez constant. Du sixième au huitième mois après la naissance se montrent les incisives médianes, et d'habitude celles du maxillaire inférieur d'abord, puis celles du maxillaire supérieur. Du neuvième au dixième mois apparaissent les incisives latérales supérieures et inférieures. Vers la fin de la première année percent les premières molaires, puis vers le vingtième mois les canines. Les deuxièmes molaires ne tardent pas à se montrer à leur tour, et à l'âge de deux ans et demi la première dentition est habituellement terminée.

Pendant la période d'éruption de ces vingt « dents de lait », l'enfant est exposé à une série d'affections en relation directe ou indirecte avec la dentition. Les phénomènes observés le plus souvent consistent en une irritation locale et un gonflement inflammatoire des gencives. Ces accidents sont faciles à comprendre si l'on songe que les dents en se développant exercent de dedans en dehors une pression continue sur la gencive, et en déterminent la résorption jusqu'à ce que leur couronne apparaisse dans la cavité buccale. Dans certains cas rares cette irritation inflammatoire peut même aller jusqu'à produire un véritable phlegmon.

Quant aux relations que l'on dit exister entre le travail de la dentition

et un certain nombre d'autres maladies, elles ne doivent être acceptées que sous toutes réserves. Cependant, il faut admettre que l'éruption des dents de lait peut donner naissance à de légers catarrhes des voies respiratoires et des organes de la déglutition, et il est hors de doute qu'il existe une relation bien déterminée entre cette éruption et les **convulsions éclamptiques**.

Lorsque la gencive est fortement tendue, rouge et tuméfiée au-dessus de la dent de lait en voie d'accroissement, il est facile de délivrer celle-ci par une incision pratiquée perpendiculairement dans le tissu gingival. Cette petite opération m'a presque toujours donné le résultat désiré, et il est difficile de comprendre que des enfants sains puissent succomber à une hémorragie à la suite de l'incision de la gencive, ainsi qu'on en a rapporté des exemples (YOUNG).

L'éruption des dents de lait peut, d'ailleurs, être troublée de diverses manières; ainsi, chez les enfants rachitiques surtout, la dentition peut être très irrégulière, c'est-à-dire que l'ordre d'apparition des dents diffère notablement de celui que nous venons d'indiquer¹.

§ 112. — La dent de lait subit ultérieurement un travail de résorption lacunaire partant de sa racine et dû à la croissance de la dent permanente sous-jacente. Lorsque la seconde dentition se fait régulièrement, les dents de lait sont en quelque sorte expulsées de leurs alvéoles par les dents permanentes après avoir perdu leurs racines par résorption. Mais avant le remplacement des dents de lait la série dentaire commence à se compléter vers la septième année par l'apparition des premières grosses molaires. Puis, dans la huitième année se montrent les incisives médianes de remplacement, dans la neuvième année les incisives latérales, dans la dixième année les premières petites molaires, dans la onzième les secondes petites molaires, et dans la douzième les canines. Quant aux secondes grosses molaires, elles font leur apparition entre 12 et 14 ans. Les dents de sagesse se développent très irrégulièrement, et en général elles ne font pas leur apparition avant la vingt-cinquième année.

Des troubles variés peuvent se produire également pendant la seconde dentition. Souvent il arrive que la dent de lait ne veut pas céder sa place à la dent permanente qui doit lui succéder, peut-être parce que le germe de cette dernière a pris dans ces cas une position défavorable qui ne lui permet pas de déterminer la résorption de la racine de la dent de lait. La dent permanente prend ainsi une direction oblique ou appa-

1. L'influence du rachitisme sur la dentition se fait sentir de trois manières différentes: 1° par le retard dans l'apparition des premières dents, retard qui naturellement ne s'observe que dans les rachitismes précoces; 2° dans la durée anormale des intervalles qui séparent l'apparition des dents de lait; 3° dans la qualité des dents de lait qui subissent de bonne heure la carie et tombent avant le temps (D'ESPINE et PICOT, *Maladies de l'enfance*.) (Note du traducteur).