La figure montre une variante de la suspension latérale de Lorenz.

Les *appareils orthopédiques*, en dehors des corsets moulés

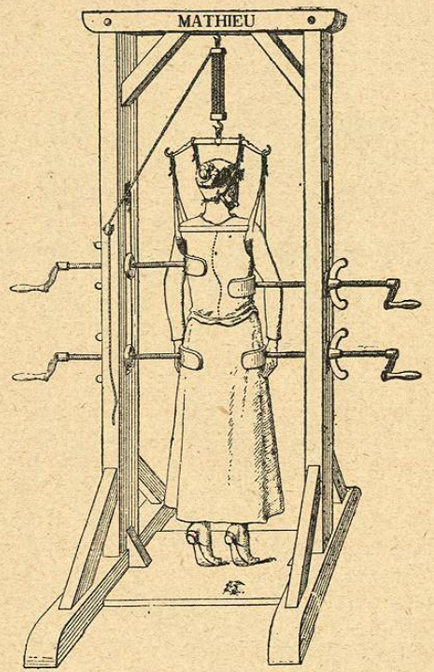

FIG. 68. — Auto-suspension avec pression.

(en cuir bouilli ou une autre substance), sont absolument inutiles ou nuisibles.

Dans le cas de scoliose progressive, le *repos absolu* est de rigueur.

La *scoliose rachitique* sera soignée par le phosphate de chaux et les bains de mer, par le repos relatif et par le redressement graduel.

MALADIES DES MACHOIRES ET DES JOUES

FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Les dangers de ces fractures sont la consolidation vicieuse, les troubles de nutrition, les accidents septicémiques (Richet).

Les *indications* à remplir dans une fracture du maxillaire inférieur consistent à : 1° réduire la fracture ; 2° à la maintenir réduite ; 3° à désinfecter la bouche ; 4° à assurer l'alimentation.

Pour réduire la fracture, on introduit un ou deux doigts dans la bouche, en appuyant avec eux sur les dents, pendant qu'avec le pouce et les doigts de l'autre main on essaie de rendre au bord inférieur de l'os son contour normal.

Pendant que les fragments sont en place, on peut faire prendre l'empreinte des mâchoires du blessé par un dentiste, puis, sur le moule ainsi obtenu, on prépare une plaque en caoutchouc qui emboîte les deux arcades dentaires.

En dehors de cet appareil, souvent peu praticable, on peut avoir recours à une *fronde*, si le déplacement n'est pas trop difficile à maintenir.

Si la fronde ne réussit pas, on peut essayer de maintenir la réduction à l'aide d'un fil d'argent enroulé autour des deux dents voisines de la solution de continuité. Souvent ce moyen est inefficace, et le seul parti à prendre est de pratiquer la *suture des fragments*, opération bénigne, mais assez difficile à bien faire.

Les lavages de la bouche sont de rigueur. Aussi les appareils qui entrent dans la bouche sont à rejeter. Il faut prati-

quer des irrigations avec de l'eau boriquée à 3 0/0, ou chloralée à 1/000.

L'alimentation sera liquide. Si la tuméfaction empêchait l'ouverture de la bouche, il faudrait nourrir le blessé à l'aide de la sonde passée à travers une narine.

Quel que soit l'appareil qu'on a mis, vers la troisième semaine, il faut l'enlever et inspecter la fracture pour la corriger, si elle se consolide mal.

LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Les causes sont l'ouverture exagérée de la bouche, un choc violent sur le menton. La luxation est *unilatérale* ou *bilatérale*.

Quand elle est unilatérale, le menton est dévié d'un côté, la joue aplatie, il existe une dépression pré-auriculaire et une saillie coronoïdienne du côté luxé. Quand elle estbilatérale, la bouche reste ouverte, les joues aplaties, la salive s'écoule au dehors, et il existe des troubles du côté de la mastication, de la phonation et de la déglutition.

La luxation est récente. — *Réduction.* — La réduction comprend deux temps : l'abaissement de la mâchoire et son refoulement en arrière.

Pour cela, faites asseoir le malade, solidement tenu par un aide sur lequel il appuie sa tête; placez-vous devant le malade, entourez vos pouces d'un linge et enfoncez-les jusqu'au niveau des grosses molaires. Les autres doigts encadrent le fer à cheval du maxillaire.

Dans cette situation, pressez fortement de *haut en bas*.

Après avoir bien marqué ce premier temps d'*abaissement*, exécutez le second temps de *refoulement en arrière* avec *relèvement du menton*. Pour cela, repoussez en arrière avec les pouces les branches montantes du maxillaire pendant que les autres doigts, placés en dehors, relèvent le menton.

Si la luxation est bilatérale, exécutez les mêmes manœuvres successivement de chaque côté.

Après la réduction, placez une fronde.

Si vous échouez, faites coucher le malade et répétez les mêmes manœuvres.

Le chloroforme permet enfin de réduire les luxations difficiles.

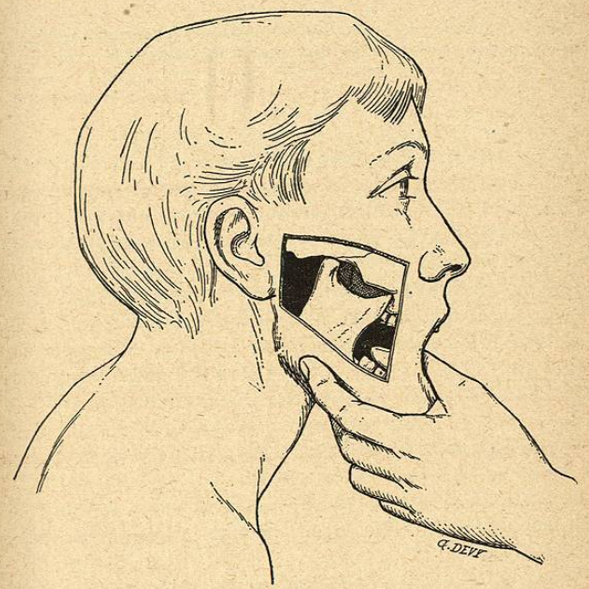

Fig. 69. — Réduction d'une luxation de la mâchoire.

La luxation est ancienne. — Ce n'est que dans les *luxations anciennes* qu'on pourrait employer la *pince de Stromeyer*, ou le *procédé de la bascule*.

Dans les luxations irréductibles, si l'ankylose de la mâchoire est très marquée, on pourrait faire la dilatation graduelle avec un coin de bois ou l'ouvre-bouche. S'il y a ankylose, la *résection condylienne* est indiquée.

Enfin les *luxations récidivantes* sont justiciables de l'arthrotomie et de la suture du ménisque.

TUMEURS DES MACHOIRES

La plus simple de toutes les tumeurs est l'*épulis*. En général, il faut se méfier de ces petites tumeurs et les extirper largement. Un coup de bistouri n'est jamais suffisant. Il faut toujours enlever la dent correspondante et ne pas craindre d'entamer le bord alvéolaire de la mâchoire.

Ce qu'il ne faut pas faire est de cautériser ou d'irriter les épulis. J'ai vu, à la suite d'une cautérisation, faite par un charlatan, l'épulis prendre un énorme accroissement et devenir tumeur sarcomateuse ayant nécessité la résection de la moitié de la mâchoire.

Le *kyste* de la mâchoire est une tumeur bénigne qui se reconnaît facilement à la marche lente de l'affection, à son indolence, à l'uniformité de son aspect, à l'intégrité des ganglions et de la peau. On ne peut la confondre qu'avec l'*odontome*, dont elle se distingue par la fluctuation.

Dans ces cas, il faut intervenir pour guérir le malade d'une difformité et pour éviter l'ouverture spontanée et la fistulation du kyste avec tous ses inconvénients.

L'opération sera faite par les voies naturelles, sans aucune incision accessoire. Elle consistera dans l'excision des parois de la poche.

La même opération (ablation par les voies naturelles) est applicable aux odontomes.

Il n'y a guère que le *fibrome central* infiltré qui commande la résection de la mâchoire.

Quand la tumeur de la mâchoire est reconnue de nature maligne (rapidité d'évolution, tumeur, douleurs, etc.), il faut faire la résection de la mâchoire.

Malheureusement la récidive est presque fatale dans les cancers du maxillaire. Dans un cas de sarcome, une dame, opérée par moi il y a cinq ans, est encore vivante; mais elle a une récidive depuis un an.

Les résections de la mâchoire (supérieure et inférieure)

doivent être faites rapidement pour éviter l'hémorrhagie, qui n'est plus inquiétante dès que l'opération est finie. La trachéotomie préventive est inutile et dangereuse.

La position de Rose (tête renversée en arrière) et le tamponnement consécutif de la plaie avec la gaze aseptique sont les meilleures modifications modernes de la technique opératoire.

CONSTRICTION DES MACHOIRES

On distingue deux genres de constrictions : une *permanente* et une *temporaire*. Cette dernière est d'ordre réflexe et cède à la cessation de la cause (dent de sagesse, etc.).

La *constriction permanente* est d'origine *cicatricielle*, *musculaire* ou *articulaire*. Elle est *unilatérale* ou *bilatérale*.

Le *traitement palliatif* consiste à arracher une dent et à alimenter le malade à travers cette brèche dentaire.

Sous le chloroforme, la dilatation avec les dilatateurs à vis est à conseiller.

Traitement curatif. — La dilatation sous le chloroforme; la dilatation lente avec des cônes de buis ou d'ivoire;

La section des cicatrices;

L'autoplastie.

Dans ces derniers temps, on a proposé d'intervenir sur les muscles : (désinsertion du masseter, du ptérygoïdien externe et du temporal) (Le Dentu, Kocher), quand il s'agissait d'une constriction spasmodique.

La section osseuse (Rizzoli), la résection d'un fragment de mâchoire (Esmarch) et enfin la résection du col du condyle (Bottini) ont été employés. Cette dernière méthode, faite suivant le procédé de Farabeuf, a fourni dernièrement un beau succès entre les mains de Kirmisson.

Contre la contraction bilatérale, il n'y a pas grand'chose à faire.

TUMEURS DE LA PAROTIDE

Les tumeurs de la parotide sont liquides ou solides.

Il y a lieu de ponctionner les tumeurs liquides, qui sont en général des kystes.

Quant aux tumeurs solides, elles peuvent être *bénignes* ou *malignes*, ou plutôt *encapsulées* ou non *encapsulées*.

Le traitement de ces deux sortes de tumeurs est différent.

Toute tumeur de la parotide *encapsulée*, c'est-à-dire mobile dans un sens au moins, ne faisant pas corps avec la glande et *sans paralysie faciale*, est justiciable d'une opération radicale.

Toute tumeur non encapsulée, ayant produit une paralysie faciale, n'est pas justiciable d'une ablation.

En effet, dans ces derniers cas, l'opération est non seulement grave, mais inutile, car on n'arrive pas à extirper complètement la tumeur, et l'extirpation incomplète des cancers est plus nuisible qu'utile.

FISTULES DE LA JOUE

Elles sont d'origine dentaire, osseuse ou salivaire.

Toutes les fois qu'il existe un trajet fistuleux au voisinage des maxillaires, il est presque certain que le point de départ est dentaire (Tillaux) ; c'est dire que les *fistules dentaires* sont celles qu'on aura l'occasion de voir le plus souvent dans la pratique.

Le seul traitement de ces fistules consiste dans la découverte de la dent malade et son avulsion.

De la racine malade naît souvent un cordon qui conduit à la fistule. Ce cordon est sensible au toucher. J'ai l'habitude, après avoir arraché la dent, de couper au bistouri ce cordon par la bouche dans le sillon gingival.

Il arrive parfois que la fistule persiste après l'ablation de la dent. Il s'agit alors d'une nécrose partielle de la mâchoire, nécrose qu'il faut traiter par le grattage de la fistule. Si l'exploration avec le stylet a démontré l'existence d'un point nécrosé, on ne guérira la fistule que si on pratique dans la même séance l'avulsion de la dent et le grattage du point nécrosé ou l'ablation du petit séquestre. Pour faire cette petite opération, il sera utile de débrider la peau ou la muqueuse, toutes les fois que cela est possible, pour éviter la cicatrice.

Les *fistules salivaires* proviennent de la division du canal de Sténon. Ces fistules ont la réputation d'être très graves ; leur traitement est difficile et inefficace souvent, et quelques-unes sont, dit-on, incurables. J'en ai observé trois. L'une a guéri par la compression et les cautérisations au thermo-cautère après drainage du côté de la bouche. Une autre a guéri à la première tentative d'opération. Dans un troisième cas, j'ai échoué.

L'opération est très simple, quand la fistule siège dans la portion buccale. Il suffit de traverser toute la joue par l'orifice de la fistule à l'aide d'une pince hémostatique fermée, de pratiquer une ouverture au bistouri dans la bouche, de faire ressortir le bec de la pince qui s'ouvre, et extraire à sa suite un drain. L'extrémité du drain effleure la fistule cutanée. Les bords de la fistule cutanée sont alors excisés, et on fait une réunion soignée de la peau.

Cette petite opération peut se faire à la cocaïne.

Quand on a enlevé le tube, il faut passer tous les jours une sonde cannelée par l'orifice buccal de nouvelle formation ou bien une sonde en gomme, de manière à le maintenir ouvert.

Si la fistule persiste et que la réunion a manqué, il faut pratiquer la compression et des cautérisations au thermo-cautère.

Ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois qu'on doit déclarer le résultat nul, si la fistule persiste.