

une lésion analogue aux fractures compliquées de plaie et que nous serions exposé à une consolidation osseuse. Nous complétâmes dès lors le procédé d'Esmarch par une nouvelle section pratiquée de la même manière et nous enlevâmes un segment d'os d'un centimètre environ de largeur. Les extrémités osseuses ne se correspondaient plus; celle qui était libre se trouvant au-dessous et en dedans de la portion ankylosée. Nous ne fîmes aucune ligature et la plaie fut fermée par quelques points de suture. Le malade n'eut pas d'accident, se leva le même jour et fut opéré plus tard du cancroïde dont il était porteur depuis quatre ans à la joue et dont la récurrence avait amené l'ankylose de la mâchoire. Deux mois après la résection, les mouvements de la mâchoire étaient très-libres. M. Herrgott a enlevé, sur une de ses malades, toutes les dents du segment immobilisé et celles de l'arcade dentaire supérieure correspondante, pour prévenir le danger du rapprochement et de la consolidation des deux fragments. L'abaissement et l'adduction spontanés du segment mobile de la mâchoire et l'exercice de la parole et de la mastication suffisent pour assurer la formation et la persistance de la pseudarthrose, mais nous ne méconnaissons pas cependant la redoutable imminence de la récurrence par continuité osseuse.

*Appréciation.* Si la fausse ankylose est due à des cicatrices partielles, on les enlève en recouvrant la plaie avec la membrane muqueuse, prise sur place ou détachée des parties voisines, et ramenée en contact pour éviter le retour des adhérences. On ténotomise les muscles affectés de contracture et l'on s'aide de tous les moyens mécaniques convenables, caoutchouc, éponge préparée, dilatation répétée et forcée, pour maintenir et augmenter la mobilité. On n'entreprend l'opération d'Esmarch, à laquelle M. Verneuil nous semble avoir donné trop d'éloges, que dans les cas réfractaires à toute autre ressource, puisque les résultats ne valent jamais l'intégrité de la mâchoire et laissent de la gêne et de la difformité, les arcades dentaires ne se correspondant plus entièrement, et la mastication restant limitée aux dernières molaires, tandis que les incisives sont reportées en arrière et perdent une partie de leurs fonctions.

**Adhérences des gencives aux joues.** On divise les adhérences partielles, et l'on en obtient la cicatrisation séparée par l'interposition permanente d'un corps étranger (petit sac de caoutchouc insufflé, éponge etc.). Si les adhérences sont très-étendues, et lient les gencives à la joue, Valentine Mott a divisé cette dernière en travers. On obtient ainsi l'écartement des mâchoires et le rétablissement de leur mobilité, et plus tard on réunit la plaie avec ou sans le secours de l'autoplastie.

Je m'étais proposé, dans un cas semblable, d'inciser la joue et de lui emprunter un lambeau de peau pour le renverser en dedans de la bouche et remplacer la membrane muqueuse. La grande laxité des téguments de la face eût beaucoup facilité ce procédé, mais la malade à laquelle je le proposai refusa de s'y soumettre.

Quelques chirurgiens, après avoir détruit les adhérences avec l'instrument tranchant, cherchent à écarter peu à peu les mâchoires à l'aide d'un étau garni d'un coin de bois, ou de morceaux successivement plus volumineux de caoutchouc interposés entre les dents, et séparent la face interne de la joue des arcades dentaires, par des corps interposés (lames de plomb etc.). On compte quelques heureux résultats de ces tentatives, dont les revers sont presque constants.

#### **Opérations qui se pratiquent sur les gencives.**

**Épulis.** On a désigné sous le nom d'*épulis* toutes les tumeurs gingivales de nature fongueuse, érectile, épithéliale, fibro-plastique, cancéreuse, que l'on y rencontre, tandis que l'on a appelé *parulis* les simples abcès ou phlegmons.

Les épulis diffèrent nécessairement beaucoup, mais offrent aux yeux du chirurgien une indication commune: l'ablation, en raison du danger que courent les malades, si on laisse le mal s'accroître et envahir l'os maxillaire.

La tumeur est-elle superficielle ou pédiculée, on l'excise et l'on en cautérise la base avec un bouton de feu. Dans le cas où les dents sont ébranlées, et les alvéoles ramollis ou déjà atteints, on les enlève, et l'on cautérise encore. On doit épuiser les résections partielles avant de se décider à sacrifier la continuité de la mâchoire, et nous avons obtenu, par ces moyens, de véritables succès.

Les odontômes ou tumeurs de la pulpe dentaire, particulièrement étudiés par MM. Forget et Broca, peuvent être compris, à leur manifestation initiale, parmi les épulis, qu'un diagnostic plus exact et plus sévère tend chaque jour à faire disparaître du langage chirurgical.

**Appareil salivaire. Fistules de la parotide.** Les fistules de la parotide proviennent du corps de la glande ou du canal de Sténon. *Celles du corps de la glande* sont ordinairement la suite d'abcès critiques, ouverts dans un des points de la région parotidienne, et suivis d'un trajet fistuleux parfois très-étroit, qui verse une assez grande quantité de salive pendant la mastication. La guérison s'obtient par: 1<sup>o</sup> la *cautérisation*, exécutée avec l'azotate d'argent, les acides sulfurique ou chlorydrique, un trochisque de

minium, un cautère rougi à blanc ; 2<sup>o</sup> la *compression*, au moyen de toutes les substances molles et souples, dont on forme une pyramide sur la petite plaie ; 3<sup>o</sup> les *injections irritantes*, propres à déterminer une inflammation adhésive, comme l'alcool, le vin rouge, une solution caustique etc. ; 4<sup>o</sup> enfin l'*excision*, applicable aux cas où les lèvres de la fistule altérées sont enlevées et réunies par la suture entortillée ou des bandelettes agglutinatives.

Les fistules du canal de Sténon se montrent en général beaucoup plus rebelles aux moyens chirurgicaux en raison de l'isolement de ce canal excréteur, dont l'extrémité buccale se contracte et se fronce, et force la salive à s'écouler par la plaie extérieure. On a conseillé contre ces fistules un grand nombre de procédés, dont nous rappellerons les principaux en les rattachant à quatre méthodes distinctes.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Maintenir fermé l'orifice de la fistule.* On exerce la compression sur la plaie, par un des moyens déjà exposés contre les fistules du corps de la parotide ou sur l'extrémité glandulaire du canal de Sténon et sur la parotide elle-même, pour arrêter momentanément l'écoulement de la salive. Ce procédé a l'inconvénient de produire un engorgement considérable, par rétention du liquide sécrété, comme l'a remarqué Louis.

La suture entortillée et la cautérisation ont aussi servi à la guérison.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Rétablir le conduit naturel.* Morand guérit rapidement une fistule du canal de Sténon, en portant un stylet garni d'un séton par l'orifice buccal de ce conduit, qu'on trouve au niveau de la première grosse molaire supérieure. L'extrémité du stylet aiguillé, sortie par la plaie, permet d'engager le séton dans le canal et de fermer l'orifice fistuleux dès que la salive s'écoula librement par le conduit excréteur suffisamment dilaté. On pourrait aussi porter le stylet par la plaie. Ce procédé ingénieux est rarement employé, par raison d'inutilité lorsque la continuité du conduit excréteur n'est pas détruite, et d'impossibilité lorsque la portion buccale de ce canal est oblitérée.

TROISIÈME MÉTHODE. *Pratiquer une voie artificielle.* En traversant la joue dans la direction de la plaie extérieure fistuleuse, et au devant du muscle masséter, on devait obtenir la possibilité d'ouvrir une nouvelle voie à l'écoulement de la salive, et d'amener la guérison. Deray, selon Saviard, fut l'inventeur de cette méthode et se servit, pour la pratiquer, du cautère actuel. On a varié ce procédé

de mille manières, en employant une alène, un bistouri, une aiguille, un trocart armé d'une canule avec ou sans pavillon, un carrelet etc., et on a placé ensuite dans la plaie un séton, un fil de plomb, une corde à boyau, une canule etc., toujours assez difficile à introduire et à extraire. Pour remédier à ces obstacles, Langenbeck a imaginé de disséquer et d'isoler la portion postérieure ou glandulaire du canal de Sténon et de l'assujettir dans l'ouverture artificielle faite à la paroi buccale au devant du masséter, ce qui est presque constamment inexécutable. Un moyen d'une évidente supériorité est dû à Deguise. Ce chirurgien, appelé à traiter une fistule rebelle à toutes les opérations tentées pendant plusieurs années, traversa la joue avec un petit trocart porté par la plaie de dehors en dedans et d'avant en arrière ; il plaça un fil de plomb dans cette première ouverture ; puis, ayant ramené le trocart sur le même point de la plaie, il perça de nouveau la joue dans la direction du conduit naturel, et y introduisit l'autre bout du fil de plomb, dont les deux extrémités furent recourbées et assujetties entre elles dans la bouche, pour en prévenir le déplacement. On voit que le fil de plomb formait une anse qui embrassait une certaine largeur des parois de la joue, et correspondait par son sommet au fond de la plaie fistuleuse, qui put être dès lors fermée au moyen de la suture entortillée. La réunion fut complète en quelques jours, et l'anse de plomb, dont les deux branches avaient servi à conduire la salive à l'intérieur de la bouche, fut retirée sans nuire à la guérison, qui resta définitive. On a depuis introduit le fil de plomb au moyen d'un fil de chanvre ordinaire, et l'on a cru le remplacer avec avantage par un fil d'or, de soie ou d'argent. On a tordu les extrémités du lien dans la bouche, pour couper les parties intermédiaires, et l'on a proposé l'application d'un serre-nœud pour hâter ce résultat. Aucune de ces modifications n'a de supériorité marquée, et plusieurs sont embarrassantes et inutiles ; aussi nous bornons-nous à recommander le procédé de Deguise, en laissant aux chirurgiens la liberté de le varier selon les indications.

QUATRIÈME MÉTHODE. *Atrophier ou enlever la glande parotide.* Desault croyait atrophier la parotide en la comprimant ; Viborg prétendait obtenir le même résultat par la ligature du canal de Sténon. Nos expériences sur l'œsophage, et celles qui ont été faites sur d'autres conduits revêtus d'une membrane muqueuse, ont montré la difficulté d'arriver à les oblitérer et ne doivent inspirer aucune confiance dans le procédé de Viborg. L'ablation de la glande elle-même ne nous paraît pas mériter d'être proposée.