

en même temps divisée dans le point correspondant à la fracture : il résulte de cette disposition que presque toutes les fractures sont *compliquées*, c'est-à-dire que leur foyer communique avec l'air extérieur. Cela n'a pas grand inconvénient lorsque la fracture n'a aucune tendance au déplacement, car la consolidation se fait vite alors et sans suppuration, mais il n'en est pas de même si les fragments glissent, chevauchent l'un sur l'autre : il survient, dans ce cas, une salivation abondante, le pus se mélange à la salive, pénètre dans l'estomac et empoisonne le malade, lorsque ce dernier ne succombe pas à l'infection purulente. Aussi, quand les fragments ne peuvent être maintenus en rapport par nos moyens de contention classiques, je suis d'avis de toujours pratiquer une suture osseuse, car la ligature de deux dents voisines ne suffit pas.

Lorsqu'un kyste, une tumeur fibreuse ont envahi une grande partie du maxillaire inférieur, et, à plus forte raison, lorsque cet os est le siège d'une production épithéliale, cancéreuse ou sarcomateuse, on en doit pratiquer la résection soit partielle, soit totale. Je n'ai pas à m'occuper ici de ces importantes opérations, qui sont du ressort de la médecine opératoire proprement dite. J'ai, d'ailleurs, fait ressortir, chemin faisant, les données que fournit l'anatomie par rapport à la section des génio-glosses et à la rétraction de la langue qui peut en être la conséquence. J'ai signalé la manière de contourner l'angle de la mâchoire pour conserver la continuité du périoste, qui relie ce qu'on a pu appeler, avec raison, les deux masséters. J'ai insisté sur le mode d'insertion à l'apophyse coronoïde du tendon du crotaphyte, dont la section constitue l'un des temps difficiles de la résection de la mâchoire inférieure.

La plupart des auteurs conseillent encore de pratiquer aux téguments une incision courbe, partant de la ligne médiane, et encadrant le maxillaire inférieur pour remonter jusqu'au-devant du tragus. Je ne saurais trop conseiller d'avoir recours au procédé de Maisonneuve, qui a, selon moi, rendu presque facile cette grave opération : l'incision extérieure ne doit jamais remonter derrière l'angle de la mâchoire. Quand le corps de l'os a été dénudé et le tendon du temporal coupé, on saisit le maxillaire avec un bon davier et on l'arrache par un mouvement de torsion et de traction combinées. Il n'est donc pas utile d'aller détacher à son insertion le ptérygoïdien externe, ni de désarticuler le condyle, manœuvres qui compromettraient fortement les organes contenus dans la loge parotidienne, ou, tout au moins, l'artère maxillaire interne.

De l'articulation temporo-maxillaire.

Le maxillaire inférieur s'articule avec la cavité glénoïde du temporal et forme ainsi l'*articulation temporo-maxillaire*. Cette articulation intéresse aussi vivement le chirurgien que le physiologiste et mérite de nous arrêter un instant, sans que nous devions cependant en présenter une description minutieuse.

L'articulation temporo-maxillaire est une double condylienne. La partie antérieure seule du condyle est articulaire, de même que la cavité glénoïde ne fournit à l'articulation que la partie placée en avant de la scissure de Glaser, c'est-à-dire celle qui répond à la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Par suite d'une disposition unique dans l'économie, les deux surfaces articulaires sont convexes : aussi, trouve-t-on interposé entre elles un ménisque