

9. COLLABORATION DU CHIRURGIEN ET DU DENTISTE.

Et nous abordons là une des conditions les plus essentielles de la réussite du traitement des fractures du maxillaire: *la collaboration intime et constante du chirurgien et du technicien.*

En général, toute fracture doit être complètement immobilisée, c'est *une loi* qu'on doit appliquer avec la plus grande insistance à tous les os, soit avec le plâtre, soit avec la gouttière.

Les fractures du maxillaire inférieur doivent être sévèrement soumises à cette loi.

D'autre part, des plaies vastes, des plaies qui tendent vers la cicatrisation, doivent être également orientées, dirigées; cela ne fait pas de doute non plus.

Il y a donc une double oeuvre à accomplir simultanément: *l'oeuvre d'immobilisation, l'oeuvre de l'orientation des cicatrisations.*

La première appartient primitivement au dentiste, la deuxième appartient au chirurgien.

Le chirurgien n'a aucune espèce de qualité pour procéder à la réduction et à la consolidation de la fracture; rien ne lui permet de faire cela.

Le dentiste n'a aucune espèce de qualité pour s'occuper de la cicatrisation des parties molles, pour curetter, pour tailler, pour faire des sutures, etc.

Il y a une collaboration commune qui doit s'exercer d'une manière continue, parce que le chirurgien ne peut pas davantage abandonner son malade que ne pourrait le faire le prothésiste.

Les blessés de la mâchoire inférieure appartiennent en même temps aux deux.

Il faut que cette collaboration soit pour ainsi dire de toutes les heures de la journée, donc permanente et *surtout amicale*, si l'on veut obtenir quelque chose de bon ou quelque chose de bien.

Lorsque la première période a été suivie avec attention, quand le blessé a reçu ces soins, la deuxième période devient très facile parce qu'elle n'est caractérisée que par la nécessité de lutter contre les déformations de la cicatrice rétractile.

Malheureusement, beaucoup de blessés arrivent dans les centres spécialisés sans avoir suivi le traitement qu'il aurait fallu. Ils nous arrivent avec des pseudarthroses.

Quel travail le dentiste vient-il faire? Il vient corriger le mal, redresser, rétablir l'articulation, car ici, le chirurgien n'a d'autre devoir que de mettre en regard les deux fragments; ce qui compte, c'est l'articulation corinaire.

Le prothésiste, avec les moyens dont il dispose — force intermaxillaire, appareils à ressorts de piano, appareils à bielle — agira utilement sur ces fragments; il va déplacer, redresser, il va rompre toutes les adhérences, mais à quel prix, au bout de combien de temps?

C'est une chose merveilleuse que de voir à quoi arrive le prothésiste.

Pendant ce temps, que fait le chirurgien? Il détruit des cicatrices, il écarte les tissus mous et il restaure.

Et notons quelle force le prothésiste a vis-à-vis de lui: le chirurgien ne peut pas restaurer bien si le prothésiste n'est pas là.