

Dans les fractures simples et sans perte de substance, les chirurgiens employaient jadis (avant la guerre) la suture osseuse: ce procédé ne doit plus être utilisé; les appareils orthognathiques et mieux encore ceux de contention et de maintien, agissent beaucoup plus sûrement et sont mieux supportés.

2^e stade. Quand cette occlusion est obtenue, cela ne suffit pas; la déviation a constamment tendance à la récurrence; il faut maintenir le résultat acquis.

C'est la *contention*, lorsqu'il s'agit d'empêcher ce bloc de dévier soit à droite, soit à gauche, au détriment de l'articulation coronaire.

Une gouttière, qui contient plusieurs fragments remis en bonne occlusion, et leur permet de se souder les uns aux autres est un *appareil de contention*.

Une gouttière qui, avec une attelle vestibulaire ou une ailette ou une bielle empêche le fragment ou le bloc de se dévier à nouveau, le maintient en bonne position, est un *appareil de maintien*.

Il faut noter que ce stade de *maintien* se prolonge souvent très loin dans le traitement, en raison de la faiblesse fréquente de la consolidation osseuse.

Le dispositif est quelquefois maintenu sur la prothèse définitive pour empêcher toute tendance à la latéro-déviation.

Dans le cas de perte de substance allant même de 4 à 5 centimètres, des essais de greffe osseuse, voire même de greffe autogène (Cavalié), ont été faits, conjointement à des appareils d'immobilisation.

Bien que les résultats soient impressionnants, la force que doit déployer le maxillaire dans la mastication est telle qu'on ne peut se prononcer encore sur la résistance de ces greffes lorsque le maxillaire, *livré à lui-même*, devra reprendre sa fonction avec les efforts dynamiques qu'elle comporte.

3^e stade. La mutilation a profondément troublé l'équilibre dynamique de la mastication; les fragments restent, grâce au maintien, dans la bonne direction occlusale; mais les muscles masticateurs n'agissent *plus sur l'os mutilé spacieusement comme sur l'os normal*.

S'il ne reste qu'une moitié ou les deux tiers du maxillaire inférieur, les molaires rencontrent seules les dents du haut, les canines et incisives restant éloignées de leurs antagonistes par un intervalle plus ou moins grand; si toute la portion médiane a disparu, les deux fragments latéraux, quoique bien maintenus, manoeuvrent en deux temps, l'un de ces fragments rencontrant les molaires antagonistes avant l'autre, la synergie n'existe plus; il faut la rétablir par des *exercices dynamiques*.

C'est dans ce stade de *rééducation physiologique* également qu'il faut lutter contre la *rétraction des cicatrices*.

4^e stade. — Le quatrième stade est celui du remplacement de l'os et des dents qui manquent. C'est la *prothèse* proprement dite.

12. EVOLUTION DU TRAITEMENT.

Redressement; maintien; équilibre musculaire et dilatation cicatricielle; prothèse; tels sont les quatre actes essentiels de la prothèse restauratrice.

Est-ce à dire qu'ils doivent se suivre invariablement dans tous les cas? Non: le premier — l'orthognathie — diminue et doit diminuer d'importance à mesure que les blessés seront confiés au technicien, aussitôt après qu'ils seront revenus de leur *état de choc*.