

crite dans le paragraphe précédent, et avec ceux des maladies des gencives. En effet, nous avons vu que, dans cette maladie confondue avec tant d'autres, l'os maxillaire n'acquiert pas cette mollesse que lui donne le cancer, et qu'au contraire ses parties osseuses, quelque distendues qu'elles soient, conservent toujours une résistance osseuse qui leur fait former une coque et quelquefois une cage, pour ainsi dire, aux organes malades. C'est ce que l'on observe aussi dans les nécroses et dans les maladies de cet os occasionnées par une affection des gencives. On voit encore, dans l'affection cancéreuse de cet os, concomitante d'un cancer voisin, la nature osseuse persister dans les endroits les plus éloignés du point de contact, et on ne trouve pas dans toute la substance de l'os le ramollissement et la dégénération propres au cancer. Les maladies des gencives sont faciles à distinguer, puisque leur point de départ a lieu sur ces membranes fibreuses et que pendant un temps plus ou moins long la gencive est malade avant que l'os le soit. Les cas de ce genre sont trop fréquents pour que je m'y arrête, et nous trouvons, dans les descriptions de cancer de l'os maxillaire, la description de ces maladies, ce qui prouve la justesse de mon opinion. Les pathologistes font naître le cancer de l'os maxillaire inférieur du fond des alvéoles. Il est possible que quelquefois la destruction de l'alvéole produite par la maladie de la gencive ait permis à celle-ci de repousser la dent et de la faire sortir de sa cavité, de sorte que l'on a pu croire que la maladie naissait du fond de l'alvéole; mais la coïncidence de la maladie de la gencive suffit pour faire reconnaître l'erreur.

Il peut exister une maladie de l'os maxillaire inférieur qui a une grande analogie avec le cancer, mais qui en diffère en ce qu'elle est curable, c'est la dégénération encéphaloïde non cancéreuse. Il est probable que plusieurs des observations de cancers guéris appartenaient à cette maladie. Mais comme les praticiens pensent généralement que la dégénération encéphaloïde et le cancer sont toujours la même maladie, il n'est pas étonnant qu'ils aient confondu les deux affections. Pour moi, qui crois que ces deux maladies sont très-distinctes quant aux causes, comme je l'ai exposé dans le deuxième volume de cet ouvrage, j'admets que dans certains cas les praticiens ont traité et guéri des tumeurs encéphaloïdes non cancéreuses de l'os maxillaire inférieur croyant traiter et guérir des cancers. Je crois que l'on a aussi rapporté au cancer quelques-uns des cas décrits sous les noms de kystes, de corps fibreux et d'exostoses de l'os maxillaire.

Le pronostic de ce cancer est aussi grave que celui de tout autre cancer : constamment la maladie récidive.

Le traitement consiste à enlever la maladie par une opération que je vais décrire, c'est la résection de l'os maxillaire.

§ 5. — De la résection de la mâchoire inférieure.

L'opération dont je vais parler a été désignée indistinctement par quelques pathologistes sous les noms d'*amputation* ou de *résection de la mâchoire inférieure*. Il y a cependant en médecine opératoire une grande différence entre ces deux opérations. L'amputation est l'ablation de toute une partie; la résection est le retranchement d'une portion plus ou moins grande d'une partie. Or, on n'a enlevé que très-rarement tout l'os maxillaire inférieur, et dans ce cas on a été obligé de faire la désarticulation des deux condyles; ce n'est alors ni une amputation ni une résection. Mais lorsqu'on a enlevé soit toute la partie antérieure du corps de l'os, soit toute une branche horizontale, soit toute une branche ascendante, a-t-on fait une amputation ou une résection? Je crois qu'on a toujours fait une résection, parce qu'on a toujours enlevé seulement une portion de l'os. Je ne pense pas, avec quelques opérateurs, qu'on doive nommer amputation l'ablation du menton, et résection l'ablation de toute autre portion du corps ou celle des branches ascendantes; mon avis est qu'on doit toujours désigner l'opération par le nom de *résection de l'os maxillaire inférieur*, et c'est ainsi que je la nommerai.

La résection de l'os maxillaire a été pratiquée pour des nécroses, pour des cancers, et pour des tumeurs de l'os résultat de maladies différentes, dont je n'ai pas à examiner ici le caractère réel. Nous voyons, du reste, par les nombreux succès permanents qui l'ont suivie, que dans un grand nombre de cas les chirurgiens avaient faussement dénommé la maladie qui avait nécessité l'opération, en lui donnant le nom d'ostéosarcôme ou de cancer.

Quoiqu'il soit assez difficile de donner des règles générales pour l'exécution de cette opération, parce que l'irrégularité de la forme de la maladie qui la nécessite oblige chaque fois à varier le mode opératoire, il y a néanmoins quelques principes fondamentaux qu'il faut exposer.

Les résections de l'os maxillaire inférieur peuvent être divisées en

trois classes : 1^o la résection du menton et de tout le corps de l'os ; 2^o la résection d'une portion d'une branche horizontale ou de toute cette branche ; 3^o la résection d'une branche verticale sans désarticulation ou avec désarticulation du condyle. J'étudierai successivement ces diverses opérations.

L'appareil convenable est le même pour toutes ; il se compose de plusieurs bistouris droits et convexes, d'une scie à main de préférence à une scie à arbre, d'une scie en chaîne, d'une scie de Heyne, d'une scie à molettes, de fils cirés à ligature et à suture, d'aiguilles courbes, d'aiguilles à bec-de-lièvre, de pinces à dissection, de cautères rougis à blanc, d'éponges, de charpie, de compresses et de bandes.

Avant de pratiquer l'opération, il faut arracher ou faire arracher les dents qui correspondent aux limites du mal, si déjà elles ne sont tombées. Quelques chirurgiens conseillent de faire l'évulsion des dents pendant l'opération, lorsqu'on s'est bien assuré de l'étendue de la maladie ; je pense qu'il vaut mieux faire cette évulsion avant l'opération, parce qu'on abrège ainsi celle-ci, et parce qu'il n'y a pas possibilité de n'arracher que la dent sur l'alvéole de laquelle doit porter le trait de scie, mais qu'il faut toujours ôter les dents placées au delà de cette alvéole.

1^o *Résection du menton et de tout le corps de l'os maxillaire.* — Le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide et maintenue solidement par ses mains, qui en même temps compriment les artères faciales en pressant sur le bord de l'os maxillaire. Le chirurgien placé devant le malade fait saisir et tendre par un aide le côté gauche de la lèvre inférieure, tandis que lui-même saisit et tend le côté droit ; puis il incise d'un seul coup, soit avec un bistouri droit, soit avec un bistouri convexe, toute l'épaisseur de la lèvre, et il prolonge l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'os hyoïde. Il fait une pareille incision de l'autre côté. Ensuite il dissèque les deux lambeaux jusqu'au delà des limites du mal en ayant soin de ménager le plus possible les parties molles pour ne pas ouvrir les artères qu'elles contiennent, et en rasant l'os, si cela est possible. Quand les limites du mal sont bien reconnues, il incise fortement le périoste, et il scie l'os, en se servant d'une scie à main. Il doit se placer derrière le malade pour faire la section de l'os : il pourrait la faire en restant devant, ainsi que plusieurs chirurgiens le pratiquent, mais le jeu de la scie est gêné par la

mâchoire supérieure. Il doit commencer par la branche horizontale gauche, afin de pouvoir tenir lui-même le menton en sciant la branche horizontale droite. Il préserve du contact de la scie les parties voisines en les enveloppant de linges, ou en les couvrant d'un morceau de carton. S'il se sert d'une scie en chaîne ou de la scie de Heyne, il reste devant le malade. Quand l'os est scié, le chirurgien coupe les parties molles adhérentes à la face postérieure de l'os maxillaire ; et pendant cette section, il fait maintenir la langue par un aide, afin qu'au moment où les muscles qui la fixent à l'os maxillaire sont coupés, elle ne se rejette pas en arrière. Ensuite il fait la ligature des vaisseaux qui donnent du sang, et s'il ne peut les saisir tous, il les cautérise avec le fer rouge. Quand le sang est arrêté, il rapproche les lambeaux et les réunit, soit par la suture simple, soit par la suture entortillée, soit par les deux selon les cas. Si la portion d'os enlevée n'est pas très-considérable et si les extrémités osseuses peuvent être rapprochées, le chirurgien les maintient en contact au moyen de fils métalliques avant de faire la suture des lambeaux ; si la chose n'est pas possible, il les abandonne à elles-mêmes. Il doit avoir soin de laisser à la partie inférieure de la plaie une ouverture pour l'écoulement du pus ; il peut même mettre une mèche pour maintenir béantes les lèvres de cette ouverture.

La plaie qui résulte de cette opération est effrayante, parce que la bouche largement ouverte forme une grande cavité ; mais dès que les points de suture sont appliqués, on est étonné du peu de déformation des parties.

Les suites de cette opération sont en général simples. Au bout de cinq à six jours les lèvres de la plaie sont réunies et on peut ôter les aiguilles des sutures. S'il survient de la suppuration dans les parties profondes, elle s'écoule par l'angle inférieur de la plaie : quelquefois cette suppuration est à peine sensible. Aussi quelques praticiens pensent-ils que la mèche mise dans la plaie est inutile, et ils la suppriment. La facilité de la guérison de cette plaie dans les cas où la maladie n'est pas de mauvaise nature et où on a enlevé toutes les parties malades, tient à la présence de muscles adhérents entre eux et au tissu cellulaire, et dépend de la grande vascularité des parties. Il n'y a de suppuration que s'il reste quelques portions malades, comme cela se voit dans les ablations des cancers de l'os maxillaire inférieur.

Quelques praticiens ont indiqué un accident immédiat très-grave,

c'est la rétraction de la langue en arrière, dès que les muscles qui la fixent à l'os sont coupés. Dupuytren, Sanson et d'autres chirurgiens tant français qu'étrangers ne l'ont pas observée. Delpech est le premier qui l'ait vue; et pour remédier à cette rétraction, il passa dans le frein de la langue un fil métallique qu'il fixa aux dents. M. Lallemand l'a aussi observée, et pour combattre la suffocation imminente qui en résultait, il fut obligé de pratiquer la trachéotomie. Dupuytren fait remarquer que la rareté de cet accident est due au soin que l'on a de faire fixer la langue pendant l'opération; il pense que cette manœuvre suffit pour donner à cet organe l'habitude de ne plus être tenu en avant par les muscles. Il ajoute que cette rétraction n'a lieu que dans les cas où on enlève presque tout l'os maxillaire.

Il y a quelquefois une hémorrhagie secondaire qui présente ici les mêmes inconvénients qu'après toutes les opérations où la plaie a été réunie par la suture. Il faut tâcher de la prévenir par la ligature de tous les vaisseaux; et si néanmoins elle survient, il faut défaire le pansement pour la suspendre, à moins toutefois qu'une compression méthodique ne soit suffisante.

Diverses modifications ont été apportées au procédé opératoire. Lorsque les parties molles sont saines, comme nous l'avons supposé dans l'opération que nous avons décrite, on peut agir différemment. Si la portion d'os à enlever est peu considérable, on peut faire un lambeau demi-circulaire dont la convexité regarde la région sus-hyoïdienne, et qui laisse ainsi la lèvre intacte. Lorsqu'au contraire, les parties malades s'étendent beaucoup en arrière, il faut faire une incision en T renversé, dont la ligne horizontale suit le bord de la mâchoire. Des praticiens veulent que, dans ce cas, on pratique une incision cruciale. Si les parties molles sont malades, il faut les comprendre dans une incision en V, dont le sommet correspond à l'os hyoïde.

Si l'os est malade inégalement, il peut être convenable de le scier obliquement, afin de lui conserver plus de longueur dans la partie saine et d'obtenir ainsi une guérison plus facile. Des praticiens conseillent de préserver du contact de la scie les parties molles intérieures en pratiquant une petite incision qui permette de conduire derrière l'os un gorgéret de bois, ou une compresse pliée en plusieurs doubles.

Le pansement consiste, après qu'on a fait les sutures, dans l'ap-

plication de bandelettes de diachylon gommé, de charpie, de compresses et de bandes diversement faite selon les cas.

Après l'opération, le malade doit s'abstenir de tous les mouvements de la bouche et de la gorge, par conséquent de parler, de cracher et de boire. Pour modérer la soif, on peut lui couler quelque peu de liquide dans la bouche et on peut humecter la langue avec une éponge ou un pinceau mouillés. On peut, pour nourrir le malade, lui donner des lavements de bouillon. Ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'on le fera boire au biberon et à la cuiller.

En général, la guérison de cette opération est prompte: elle se fait en un mois ou six semaines; mais quelquefois aussi elle se fait attendre pendant plusieurs mois. Souvent aussi le malade succombe. Ces différences sont faciles à expliquer, et l'explication se rapporte aux cas simples, comme ceux que nous supposons n'exiger que la résection du menton, et aux cas compliqués, comme ceux dont nous parlerons plus loin. C'est moins l'opération qui produit ces différences, que la maladie pour laquelle on la pratique. Si l'on opère pour une de ces maladies de l'os maxillaire inférieur dont j'ai parlé au paragraphe 3 de cet article, maladies confondues sous les noms de *fungus*, d'*ostéosarcomes*, de *nécroses*, de *carie*, comme il n'existe pas de maladie interne, ou pour mieux dire de vice interne incurable, la guérison se fait vite. Mais si on opère pour une *affection cancéreuse*, non-seulement la guérison ne se fait que très-lentement, mais souvent encore elle n'a pas lieu, et le mal récidive avant qu'elle se soit complètement effectuée. Quant aux cas mortels, ils peuvent être le résultat d'une opération intempestive, ou celui d'accidents consécutifs imprévus.

Après la résection de l'os maxillaire inférieur, la cicatrice de l'os se fait différemment. Si la perte de substance n'est pas considérable, les deux fragments mis en contact se réunissent immédiatement. Si la perte de l'os est plus grande, les deux fragments s'unissent par des stalactites osseuses, ou par un tissu fibreux plus ou moins résistant. Toutes les fois que l'union est osseuse, les deux fragments remplacent l'os maxillaire enlevé, et la difficulté qui peut survenir dans la mastication dépend de l'absence de niveau des fragments. Mais quand l'union est fibreuse, la mobilité plus ou moins grande des deux fragments s'oppose à la mastication. Lorsque la perte de substance est considérable,

il peut arriver que les fragments ne se réunissent pas. On conçoit sans peine que dans ce dernier cas comme dans celui où les fragments sont mobiles, les individus ne peuvent se nourrir que d'aliments mous.

Dans quelques cas il reste des trajets fistuleux, soit à cause de la présence des portions osseuses nécrosées, soit à cause de la récurrence de la maladie.

Jusqu'ici je n'ai parlé que de la résection du menton ou d'une partie plus ou moins étendue du corps de l'os; mais quelquefois tout ce corps doit être enlevé. L'opération peut alors se faire de deux manières si les parties molles sont saines: 1° on fait une incision qui, suivant la base de la mâchoire, s'étend d'un angle de l'os maxillaire inférieur à l'angle opposé: on dissèque le lambeau, on le relève et on scie l'os au delà des limites du mal; 2° on fait une incision en T renversé, et après avoir disséqué les lambeaux, on scie l'os. Quand les parties molles sont malades, il faut, comme je l'ai dit plus haut, les comprendre dans une incision en V, disséquer les lambeaux sains et scier l'os. Je dois faire remarquer que, dans ces cas, on a une plaie énorme qui se guérit plus difficilement; que les portions osseuses sont très-éloignées les unes des autres; que par conséquent elles ne peuvent se réunir solidement, et que la mastication devient impossible.

2° Résection d'une portion de la branche horizontale. — Lorsque la maladie n'occupe qu'une branche horizontale, il faut faire l'opération d'un seul côté. Ici se présentent de grandes différences selon le siège du mal. S'il est situé entre la symphyse et la branche verticale, on peut faire soit un lambeau convexe qu'on dissèque de bas en haut, soit un lambeau carré qu'on dissèque dans le même sens, et qui, mettant à découvert la partie malade, permet de conduire la scie en chaîne autour de l'os et de le scier. Lorsque l'os est coupé, on le sépare des parties molles intérieures. Si, au contraire, la maladie s'est étendue du côté de la branche ascendante de l'os, de plus grandes difficultés se présentent parce qu'il faut couper l'os dans son angle ou dans sa branche verticale. Aussi est-il difficile de donner des préceptes réguliers. Cependant on se trouvera très-bien de pratiquer un lambeau à base supérieure, et de glisser entre les parties molles une scie en chaîne pour couper l'os. Il faut dans ces diverses opérations avoir soin de lier tous les vaisseaux, et recourir au cautère actuel,

si cette ligature n'est pas possible. Les conséquences de cette opération sont graves, parce que le fragment postérieur ne peut pas s'unir à l'antérieur, et la mastication ne peut avoir lieu.

3° Résection d'une branche verticale sans désarticulation ou avec désarticulation de l'os maxillaire. — Lorsque la maladie occupe à la fois la branche horizontale et la branche verticale de l'os maxillaire, il faut ou couper cette dernière ou la désarticuler. Cette opération est grave, à cause du grand nombre de vaisseaux qui serpentent dans les parties qui sont le siège de l'opération. Aussi quelques chirurgiens ont conseillé de faire et ont fait d'abord la ligature de l'artère carotide, tandis que d'autres ont opéré sans pratiquer cette ligature. Je crois que ces derniers ont eu raison, et qu'en ayant soin de lier les vaisseaux à mesure qu'on les coupe, on peut se dispenser de cette première opération. Il est difficile d'assigner des règles fixes à cette résection, parce que la conduite du chirurgien doit varier en raison de l'étendue du mal en avant, et en raison de la maladie des parties molles. Toujours l'incision postérieure commencera au niveau de l'arcade zygomatique; mais les incisions inférieure et antérieure seront placées plus ou moins bas et plus ou moins en avant selon l'étendue de la maladie. Dans quelques cas l'incision antérieure a été pratiquée sur la symphyse. Le lambeau sera disséqué de bas en haut, puis une scie en chaîne sera conduite autour de l'os, et celui-ci scié au delà des limites du mal. Si on veut désarticuler le condyle, l'articulation mise à nu sera ouverte par son côté externe. Je n'ai pas besoin d'insister sur les difficultés très-grandes de cette opération, et sur la difformité qui doit en résulter, difformité qui rend la mastication impossible.

Après cette opération comme après la résection d'une branche horizontale, le lambeau doit être fixé par des points de suture assez écartés pour permettre l'écoulement du pus. Plusieurs cas de désarticulations de l'os maxillaire inférieur ont été suivis de succès. Des chirurgiens enhardis par ces cas de réussite ont enlevé la presque totalité de l'os maxillaire inférieur. Parmi ces opérations, les unes ont réussi, les autres ont été suivies de la mort des malades.

En définitive, les opérations de résection de l'os maxillaire inférieur sont beaucoup moins graves qu'on ne pourrait le penser d'après les désordres produits, et surtout la difformité est beaucoup moindre que

ne pourraient le faire présumer l'étendue considérable de la plaie et la perte de soutien des parties molles.

Dans quelques cas, le bord alvéolaire est seul malade : il faut alors n'enlever que lui et conserver l'os maxillaire inférieur. On peut pour cela se servir de tenailles incisives ou d'une scie à main. S'il est possible de pratiquer l'opération sans intéresser la lèvre, ce mode opératoire est préférable ; mais si c'est impossible, il ne faut pas hésiter à l'inciser, et quand l'opération sera terminée, on réunira les lèvres de la plaie par la suture entortillée. Des opérations de ce genre ont été pratiquées plusieurs fois.

CHAPITRE XXXIII.

Maladies du cou.

Les maladies du cou sont ou communes ou spéciales. Les premières sont l'inflammation, les plaies, les tumeurs, etc. ; les autres le torticolis, l'engorgement de la glande thyroïde, les affections du larynx et de la trachée-artère, celles du pharynx et de l'œsophage.

ARTICLE PREMIER.

Des plaies et des tumeurs du cou.

De toutes les maladies auxquelles le cou est exposé, aussi bien que les autres parties du corps, les plaies et les tumeurs sont les seules qui exigent une attention et des soins particuliers.

§ 1. — Des plaies du cou.

Les plaies du cou diffèrent entre elles par rapport à l'instrument qui les a faites, aux régions qu'elles occupent, aux parties qu'elles intéressent, aux circonstances qui les accompagnent.

1^o Plaies par instruments piquants.

Les plaies que font les instruments piquants peuvent être simples ou compliquées. Simples, elles n'exigent aucun soin particulier ; quand elles sont compliquées, leur traitement est subordonné au genre de complication qui les suit. Or, ces plaies peuvent être compliquées de corps étranger, d'hémorrhagie, d'inflammation, d'emphysème et d'accidents causés par la lésion des nerfs ou de la moelle de l'épine.

Des corps étrangers compliquent rarement les piqûres du cou ; cependant, si un instrument pointu, mince, étroit, si une épée à carrellet, par exemple, enfoncée profondément dans le cou, rencontrait la colonne vertébrale, sa pointe pourrait se casser et rester dans la plaie. Le corps étranger étant reconnu, on doit en faire l'extraction après avoir agrandi la plaie si cela est nécessaire. Cependant si ce débris d'épée s'était arrêté près de la moelle de l'épine, il serait plus prudent d'attendre que la suppuration l'entraînât au dehors ; l'expérience a appris que l'extraction d'un corps enfoncé dans la moelle épinière a été suivie d'une mort prompte.

Les plaies par instrument piquant à la partie postérieure du cou sont rarement compliquées d'hémorrhagie, parce que l'artère cervicale postérieure, la seule qui se trouve dans cette région, est située à une profondeur qui l'expose peu à être blessée ; d'ailleurs, si elle était ouverte, il est probable que la résistance des muscles épais et nombreux qui la couvrent opposerait à la sortie du sang un obstacle qui empêcherait l'hémorrhagie de devenir considérable et dangereuse.

Il n'en est pas ainsi des plaies de la partie antérieure du cou ; il y a un si grand nombre d'artères dans cette région, qu'il est surprenant que la pointe d'un instrument, quelque mince qu'il soit, puisse y pénétrer profondément sans en ouvrir quelqu'une. Lorsque cet accident a lieu, l'hémorrhagie qui en résulte est plus ou moins fâcheuse selon la grosseur, la situation de l'artère ouverte et l'étendue de l'ouverture. Si l'artère blessée est très-petite, située peu profondément, on peut espérer d'arrêter le sang par la compression ; mais comme on ne peut impunément serrer fortement le cou, il faut disposer sur la plaie des compresses graduées de manière à former une pyramide assez élevée pour empêcher l'action du bandage sur la trachée-artère et le larynx. Pour assurer l'effet de la compression, on fait appliquer la main d'un