

On voit, d'après ce tableau, que les résections huméro-cubitale et scapulo-humérale sont celles qui ont été pratiquées le plus grand nombre de fois avec un succès à peu près égal. Après elles viennent les résections fémoro-tibiale, tibio-tarsienne, radio-carpienne et coxo-fémorale; mais elles ont été faites trop peu de fois pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises. Réunies toutes ensemble, ces résections des membres présentent trente-quatre succès sur quarante-huit opérations. Il serait à désirer que d'autres relevés, consciencieusement faits, pussent fournir la base d'un jugement solide et définitif sur ce genre d'opération.

Ces observations et ces préceptes sur les résections nous servent naturellement d'introduction à la résection de la mâchoire inférieure. On sait que toute opération par laquelle on cerne par deux traits de scie une portion plus ou moins considérable du centre de cet os ou de ses parties latérales pour en faire l'ablation, est à proprement parler une résection. Cependant on donne plus particulièrement ce nom à l'opération qui a pour but de retrancher l'extrémité des fragments dans les fractures récentes de cet os, afin de les rapprocher ensuite et d'en obtenir la réunion, ou de *rafraîchir* cette extrémité dans les cas de fractures anciennes non consolidées, afin de lui rendre les conditions nécessaires à la formation du cal. En un mot, on *résèque* la mâchoire, comme la partie centrale d'un os long, lorsqu'il existe une interruption dans sa continuité; on *ampute* dans les maladies qui en ont altéré la substance sans la diviser.

Il serait difficile d'établir un procédé de résection de la mâchoire inférieure applicable à la généralité des cas où cette opération est indiquée. Il doit nécessairement varier suivant une foule de circonstances. L'histoire du fait suivant fera voir comment M. Dupuytren s'est comporté dans un cas difficile.

OBS. IX. — *Coup de pistolet. — Destruction d'une portion de l'os maxillaire inférieur et des parties molles. — Résection de l'os jusqu'à la bouche. — Formation d'une lèvre inférieure. — Guérison.* — Le nommé Mercier (Charles-An-

toine), âgé de trente-six ans, militaire, né à Brecy, département des Ardennes, entra le 23 mars 1831 à l'Hôtel-Dieu, pour y être traité d'une affreuse difformité, qui avait son siège dans la mâchoire inférieure. Cet homme, qui servait, dit-il, avec distinction, depuis quinze ans, dans le sixième des dragons, ne put capter la bienveillance du capitaine en second, qui ne négligea, s'il faut l'en croire, aucune occasion de manifester les mauvaises dispositions dont il était animé à son égard.

En août 1830, de nombreuses promotions furent faites dans son régiment; il était désigné pour le grade de maréchal-des-logis-chef, et il eût été infailliblement nommé, sans l'intervention puissante du capitaine en second, qui s'opposa formellement à sa nomination. Mercier, qui se vit ainsi privé tout-à-coup, et sans retour, du rang auquel il aspirait depuis longues années, et qu'il croyait avoir mérité, ne put supporter cette injustice; il prit la vie en dégoût, et résolut de se détruire. A cet effet, il s'arma, le 31 août, d'un pistolet d'arçon, chargé de deux balles, le plaça sous son menton, et lâcha la détente; le coup partit. Il paraît que le canon du pistolet était dirigé obliquement en avant, car la mâchoire inférieure seule et les parties molles qui la recouvrent furent atteintes, mais elles le furent d'une manière terrible. L'os maxillaire inférieur fut brisé en éclats et détruit dans une étendue remarquable. Cette destruction s'étendait depuis la dent canine, du côté droit, jusqu'à la branche du côté gauche; la lèvre inférieure, si toutefois on en excepte un demi-pouce à gauche, et les parties molles qui recouvrent le menton jusqu'à l'os hyoïde, disparurent dans l'explosion. Des désordres aussi graves n'amènèrent que peu de phénomènes généraux; au bout de deux mois les plaies étaient cicatrisées, mais ces cicatrices étaient horribles à voir; on n'avait rien fait pour rendre la difformité moins grande et plus facile à supporter, et pour s'opposer à l'écoulement de la salive. La difformité s'était encore accrue par suite de la contraction des muscles masséter et ptérisgoïdien interne, qui, n'étant plus contre-

balancée par celle des muscles antagonistes, avait insensiblement élevé le fragment appartenant à la branche droite de l'os maxillaire inférieur, jusqu'au niveau des ailes du nez, où il faisait saillie comme une défense, en soulevant la lèvre supérieure. C'est dans cet état que le malade se présenta le 23 mars dernier à la consultation de l'Hôtel-Dieu, déterminé à se soumettre à tous les traitements qui pourraient corriger sa difformité. Un hiatus énorme existait entre l'os maxillaire supérieur et l'os hyoïde; cet hiatus, à peu près triangulaire, offrait un bord supérieur, formé par la lèvre supérieure, et deux bords latéraux qui convergeaient jusqu'au point de rencontre avec l'os hyoïde; le bord latéral gauche, qui partait de la commissure de ce côté, était formé supérieurement, et dans l'étendue d'un demi-pouce, par un débris du bord libre de la lèvre inférieure; le bord latéral droit était formé entièrement aux dépens des parties molles de la joue et du col, la lèvre supérieure, à son point de rencontre avec le bord latéral droit, était soulevée par la portion de mâchoire inférieure dont il a déjà été question, et dépassée par la dent canine qui s'avancait comme une défense; ajoutez à cette description un écoulement continu de la salive, et vous aurez une idée de cette horrible difformité. Que fallait-il faire? Pouvait-on conserver la portion d'os maxillaire et la faire servir à la mastication? il aurait fallu, pour arriver à ce résultat, commencer par l'abaisser. On ne pouvait opérer cet abaissement qu'en divisant d'abord les muscles masséter et ptéridien interne; et les muscles une fois divisés, comment la mâchoire eût-elle pu être élevée? Cette opération n'eût été d'aucun fruit pour le malade; on dut donc se borner à corriger la difformité par la résection de la portion d'os maxillaire qui faisait saillie. On dut aussi chercher à former une lèvre et à réunir la plaie dans une grande étendue.

Comment faire cette résection? En pratiquant une incision transverse à la joue, du côté droit, en mettant l'os à découvert, et se servant d'une scie à chaînes.

La lèvre, de ce côté, ne pouvait être faite qu'aux dépens de la joue, et la plaie réunie que par la suture entortillée, après que ses bords auraient été ravivés.

L'opération fut pratiquée le 16 avril de la manière suivante: une incision transversale, longue d'un pouce et demi, divisa la joue du côté droit, à l'union du bord supérieur de l'hiatus avec le bord latéral droit. L'os maxillaire fut mis à nu et isolé de toutes parts. La scie fut portée derrière la seconde grosse molaire, et l'os retranché en quelques secondes. Les bords latéraux et l'hiatus furent ensuite avivés avec un bistouri; le droit dans toute sa longueur, le gauche jusqu'au point où existait encore un débris de la lèvre inférieure, débris qu'on devait utiliser. On procéda ensuite à la réunion. La plaie de la joue fut rapprochée par deux points de suture entortillée; on eut soin, en faisant cette réunion, d'attirer fortement en dedans le lambeau inférieur qui dépassa le supérieur d'un pouce, et concourut ainsi à la formation de la lèvre inférieure; les bords latéraux furent ensuite rapprochés dans les parties avivées par cinq points de suture. La réunion de cette plaie longitudinale était parfaite, si ce n'est cependant à la jonction de ses trois quarts inférieurs avec son quart supérieur, lieu où les tissus qui avaient contracté une texture fibreuse, étaient inextensibles. On favorisa cette suture par l'application d'un bandage des plaies en travers, et de compresses graduées qui ramenaient fortement les téguments en avant. Le cinquième jour, on retira les aiguilles qui unissaient la plaie de la face, dont les bords étaient parfaitement adhérents. On crut devoir laisser plus long-temps celles de la plaie du col; et quand on les retira, le huitième jour, on put voir que la plaie était réunie en haut et en bas, que la lèvre inférieure était formée, mais que dans le point correspondant aux tissus fibreux, c'est-à-dire dans l'étendue d'un pouce environ, la réunion par première intention avait échoué et que l'aiguille avait coupé les lèvres de la plaie. On ne perdit pas l'espoir d'en obtenir la cicatrisation par seconde intention; à cet effet on rapprocha les lèvres de la plaie au moyen de compresses graduées et de bandelettes

de diachylon gommé, qui, appliquées derrière les oreilles, ramenaient la peau en avant en se croisant sur la ligne médiane. Ces moyens, continués pendant un mois et aidés de la cautérisation des lèvres de la plaie, ont eu tout le succès qu'on devait en attendre, et deux mois après l'opération il ne restait qu'un pertuis presque imperceptible par lequel suintait un peu de salive. Cette petite fistule tarira-t-elle? Nous l'espérons. Quoi qu'il en soit, le malade est méconnaissable; il n'a à regretter que la perte de sa mâchoire qu'aucuns secours humains ne pouvaient lui rendre; à la place de cet hiatus énorme qui laissait toute la bouche à découvert, existe une cicatrice linéaire, et le malade possède une lèvre inférieure de nouvelle formation.

Nous n'avons parlé, dans le cours de cette observation, d'aucuns phénomènes généraux, parce qu'il ne s'en est point développé. Le malade était nourri avec du lait qu'il buvait au moyen d'un biberon.

*Obs. X. — Résection de la mâchoire inférieure pratiquée pour obtenir la réunion d'une fracture avec perte de substance, et défaut de consolidation à la suite d'une plaie par arme à feu (1). — M. de R..., aide de camp du lieutenant-général comte de Woronzoff, reçut, à l'affaire de Brienne en 1814, une balle qui lui traversa, de gauche à droite et de bas en haut, la partie supérieure du cou et inférieure de la face. La plaie d'entrée était à gauche, immédiatement au-dessous de la base et de l'angle de la mâchoire, en avant et tout près de l'artère carotide externe au-dessus de l'os hyoïde. La plaie de sortie était placée à droite, mais plus haut, au-devant de l'insertion du masséter; elle répondait si exactement au corps de la mâchoire, que la balle pour sortir avait dû séparer l'un de l'autre le corps et la branche de cet os. La peau, les muscles placés sur les parties latérales du cou, la base de la langue, étaient donc traversés, et l'os maxillaire fracturé comminutivement.*

Le blessé perdit beaucoup de sang; dans les premiers

(1) Observation recueillie par M. Sanson aîné.

temps, la déglutition et la respiration furent très difficiles; après la chute des escarres, une abondante suppuration eut lieu; et enfin, après six mois de soins et l'issue spontanée ou l'extraction d'un grand nombre d'esquilles, les plaies furent cicatrisées sans que la fracture de la mâchoire se trouvât consolidée. A en juger par le nombre et le volume des esquilles qu'il a conservées, on doit supposer qu'un pouce à peu près du corps de la mâchoire a été détruit. Obligé de suivre l'armée russe qui se retirait de France, M. de R..., guéri de ses plaies, mais non de sa fracture, n'y fut ramené qu'en 1815, et ce n'est qu'en 1818 qu'il obtint la permission de venir à Paris pour y chercher un remède à son infirmité; voici l'état dans lequel il était alors.

Des deux fragments, le postérieur, formé par ce qui restait de la branche de la mâchoire et par la partie la plus reculée du bord alvéolaire, avait la forme d'un cône allongé et aplati; il avait exécuté un mouvement léger de rotation de dehors en dedans, de sorte que son bord supérieur, au lieu de regarder les dents molaires supérieures, était dirigé du côté de la langue; en même temps un déplacement de totalité en dehors rejetait ce fragment loin de l'anérieur, dans l'épaisseur de la joue. Oblique de haut en bas et de dedans en dehors, il supportait la dent de sagesse, dont la couronne était fortement inclinée, à cause de la déviation générale qu'il avait éprouvée. En avant de cette dent, une pointe aiguë au-dessous de laquelle on ne sentait plus rien, indiquait qu'une partie du bord alvéolaire, longue d'un pouce à peu près, était demeurée continue au reste de ce fragment, mais que tout ce qui existait au-dessous de ce bord, entre lui et l'angle de la mâchoire, avait été détruit.

Le fragment antérieur, formé par le reste de la mâchoire, avait subi un déplacement tel, que son extrémité correspondante à la fracture s'était portée à droite et au-dessous de la pointe du précédent. Lorsqu'en promenant le doigt, d'avant en arrière, le long de la base de la mâchoire, on arrivait à la cicatrice appuyée sur cet os, au côté droit de la face, on sentait très facilement la saillie formée par la pointe du frag-

ment antérieur, et, au-delà de cette saillie, le vide résultant de la perte de substance éprouvée par le fragment postérieur.

Cette pointe, à en juger par l'intervalle qui séparait son extrémité de la deuxième petite molaire, avait à peu près un pouce de longueur, et était formée par la partie de la base de la mâchoire qui avait servi de support aux alvéoles des deux premières grosses molaires, emportées par la balle, avec les dents dont elle contenait les racines.

Cependant le chevauchement était tel, que quand on examinait l'état des parties dans l'intérieur de la bouche, le vide laissé par la perte des deux grosses dents et de leurs alvéoles était à peine sensible; la deuxième petite molaire du fragment antérieur était presque en contact avec la dent de sagesse du postérieur; la moitié droite de l'arcade dentaire inférieure paraissait seulement beaucoup plus courte que l'autre; d'où résultait un défaut de rapport si considérable entre les deux arcades dentaires, qu'elles ne se correspondaient plus que par un seul point. C'était l'incisive latérale gauche inférieure qui venait frapper contre l'incisive moyenne droite supérieure; mais, lorsque, saisissant la moitié gauche de la mâchoire, entre l'index appuyé sur le centre et le pouce appuyé sous le menton, on la ramenait à sa direction naturelle, tout le côté droit s'allongeait; un intervalle d'un pouce à peu près s'établissait entre la dent de sagesse et la dent la plus voisine. On sent que dans un pareil état de choses l'articulation des sons devait être très difficile et la mastication des aliments solides impossible, tant à cause du défaut de rapport entre les arcades dentaires, qu'en raison du défaut d'accord entre les mouvements des deux fragments inégaux de la mâchoire, et de la faiblesse, de l'incertitude des mouvements d'élévation qui ne portaient que sur un côté de l'os.

A ces infirmités se joignaient encore plusieurs déformations: le malade cessait-il de soutenir son menton avec une cravate nouée sur le sommet de la tête, la mâchoire tombait, la bouche restait béante, et un écoulement continu de salive avait lieu; en outre le menton était porté à droite, de sorte

que la face se courbait suivant une ligne concave à droite et convexe à gauche.

M. de R..., ayant été d'abord adressé à M. le professeur Percy, celui-ci conçut le projet de la résection des deux fragments, afin de les mettre en contact et d'obtenir la consolidation de la fracture; et, soit dans l'intention de s'assurer mieux de la disposition des parties, soit dans l'espoir de manœuvrer avec plus de facilité sur le fragment postérieur que ses muscles élévateurs tenaient immobile et serré contre l'arcade dentaire supérieure, il fut conduit à arracher la dernière grosse molaire supérieure. A peine ce projet eut-il été mis à exécution, que le fragment postérieur, n'ayant plus rien qui le retint, et cédant à l'effort de ses muscles, remonta de plus en plus en tournant sur son condyle, jusqu'à ce que la dent qu'il supportait se fût logée dans l'intervalle resté vide par l'avulsion de la dent de sagesse supérieure. Sa pointe vint se placer dans l'épaisseur de la joue, à la hauteur de l'arcade dentaire supérieure, et semblait immobile dans cette position; l'intervalle qui la séparait du fragment intérieur parut considérablement augmenté de haut en bas.

Cet incident, qu'il était difficile de prévoir, aggrava la position fâcheuse du malade. En effet, outre les indications déjà nombreuses qu'il y avait à remplir, il se présentait de plus celle de tenir abaissé le fragment postérieur; ce qui n'était pas facile. Les choses étaient dans cet état, lorsque M. Percy adressa le malade à M. Dupuytren. Le premier soin du professeur fut de bien établir les indications que les lésions présentaient; le second, de chercher les moyens de remplir ces indications.

La résection des fragments était la première; elle ne lui sembla offrir aucune difficulté. Mais il ne suffisait pas de pouvoir faire sans danger la résection des deux fragments; il lui parut que plus il leur enlèverait de substance, et plus il y aurait de difficulté à les mettre en contact. Convaincu par plusieurs observations qu'il suffisait, dans des cas analogues à celui-ci, de faire la résection d'un seul des fragments pour obtenir la consolidation des fractures, il s'arrêta à l'idée