

qui permet d'arrêter sûrement et rapidement les hémorrhagies secondaires et de détruire la tumeur si elle se mettait à proliférer après l'opération ¹.

(1) La plus ancienne extirpation d'un polype naso-pharyngien a été faite par Albucasis (Lit. II, c. 6). « *Et ego quidem jam medicatus fui mulierem ex apostemate quod natum erat inter guttur ejus, quod jam fere clauserat guttur: et mulier respirabat a meatu stricto et jam prohibuerat ei comestionem et potum aqua et jam pervenerat ad mortem, si remansisset uno die aut duobus. Et apostema tantum ascenderat quod emiserat duos ramos, donec exierant super duo foramina nasi. Properavi ego festinanter et fixi in unum eorum uncinum, deinde traxi ipsum et tracta ex eo est portio magna. Deinde abscidi eam ubi comprehendi ex foramine nasi. Deinde feci illud ei quod processit ex foramine nasi altero. Deinde aperui os ei et pressi linguam ejus, et postea fixi uncinum in ipsum apostema, deinde abscidi ex eo partem ejus et non currit ex eo nisi sanguis paucus. Absolutus est ergo guttur mulieris et incepit statim bibere aquam, deinde accepit ex cibo. Non ergo cessavi incidere ex illo apostemate multotiens tempore longo: et apostema succedebat loco ejus quod incidebam, donec prolongatum est nimis. Ingeniavi ergo et cauterisavi apostema inter guttur. Stetit ergo ab additione. Deinde ambulavi a parte et non scivi, quod fecit deus cum ea post me ».*

Albucasis ou Albukase m (Chalaf ben Abbas Abul Kasim el Zahrewi) de Zahera près de Cordoue, le seul chirurgien éminent de l'école arabe, mourut dans le premier quart du XII^e siècle.

CHAPITRE XIV

RÉSECTIONS DES MAXILLAIRES.

Historique. — Les résections des maxillaires et la désarticulation du maxillaire inférieur ne sont entrées dans la pratique chirurgicale que depuis notre siècle. Les ablations partielles de l'arcade alvéolaire ou même d'une partie du maxillaire supérieur ont déjà été exécutées vers la fin du siècle dernier. Fischer, médecin militaire autrichien, a fait le premier, et avec succès, la désarticulation et l'extirpation d'une moitié du maxillaire inférieur pour une plaie par arme à feu (1793). Il a fallu toute la hardiesse de Dupuytren pour encourager les chirurgiens à persister dans cette voie, et pour juger de l'admiration qui s'attachait à cette pratique de Dupuytren, il suffit de rappeler qu'encore en 1823 Ammon considérait l'opération de Dupuytren comme unique dans son genre et ne la comparait qu'à la « célèbre » opération de Græfe qui a consisté à extirper de la fosse glénoïde une partie du maxillaire inférieur ¹. Aujourd'hui ces opérations sont devenues pour ainsi dire banales et il n'y a pas de chirurgien de profession qui n'en compte plusieurs dans sa statistique. Mais qu'aurait dit Ammon s'il avait vu la célèbre opération d'Es march qui, pour extirper une tumeur rétro-maxillaire très vasculaire, a fait la résection ostéo-plastique du maxillaire supérieur, le tamponnement de la trachée et la transfusion du sang pour parer à l'hémorrhagie abondante? Il se serait probablement écrié avec Pline: *Evecta supra humanam fidem ars est successu, mox et audacia!*

§ 1. — Indications.

1) **Traumatismes.** — Cette indication devrait être la plus rare, car, comme nous l'avons déjà vu, les fractures des maxillaires sont remarquables par leur tendance à la guérison; aussi la résection primitive du maxillaire n'a-t-elle été faite que dans les fractures à esquilles par armes à feu. On a pensé prévenir ainsi ou du moins rendre moins

(1) La première opération de Dupuytren sur le maxillaire inférieur date de 1812; en 1818 il réséqua pour un carcinome les deux tiers antérieurs de la voûte palatine.

grave, la tuméfaction des tissus dans lesquels sont fixées les esquilles.

Mais on savait déjà avant l'antisepsie, que cette complication grave pouvait être évitée par un traitement antiphlogistique et la désinfection locale de la plaie; aujourd'hui avec l'antisepsie, cette complication se trouve complètement écartée. Quant à la résection secondaire elle est inutile, car à ce moment le danger est passé; l'extraction des esquilles, lorsqu'elles deviennent mobiles, suffit largement, d'autant plus que sous l'influence de la tuméfaction inflammatoire le périoste devient capable de fabriquer de la substance osseuse.

Stromeyer a proposé de faire la résection pour arrêter l'hémorragie par les branches profondes de la carotide (alvéolaire inférieure, temporale, maxillaire interne), car la ligature de la carotide n'arrête pas toujours le sang dans ces cas. Mais depuis l'antisepsie, la ligature de la carotide a perdu de sa gravité, de sorte que c'est par elle qu'il faut toujours commencer, et n'avoir recours à la résection qu'à la dernière extrémité. En outre, le tamponnement primitif de la plaie avec de la gaze iodoformée paraît prévenir ces hémorragies, les caillots qui se forment dans les plaies aseptiques possédant la propriété de s'organiser rapidement.

2) **Tuberculose et nécrose.** — La carie tuberculeuse du maxillaire est excessivement rare, et je ne l'ai observée que deux ou trois fois. La carie syphilitique qui se développe soit sur la voûte palatine soit sur le vomer, est justiciable du traitement anti-syphilitique et présente par conséquent peu d'intérêt pour le chirurgien. Quant à la nécrose proprement dite, il ne peut guère être question de résection dans la nécrose d'origine traumatique, car l'extraction des séquestres mobiles ou la section des séquestres qu'on veut extraire ne peut être considérée comme une résection. On peut dire la même chose de la périostite avec nécrose consécutive à l'invasion des micro-organismes pyogènes dans la carie dentaire. Seules les opérations qu'on fait dans la nécrose phosphorée méritent le nom de résection; nous les avons déjà étudiées.

3) **Néoplasmes.** — Ils constituent l'indication la plus fréquente. Il faut distinguer ici deux cas.

Dans les tumeurs nettement *benignes* telles que les chondromes, les ostéomes, les fibromes, on cherche à enlever les parties malades, à les exciser, à les énucléer, à les réséquer, etc., en gardant le plus possible du maxillaire. Les différentes formes de résection partielle sont dues précisément à cette tendance conservatrice. Ainsi dans les cas de fibrome périostique de la face antérieure du maxillaire inférieur on peut enlever la tumeur avec la lame externe de l'os en conservant

de cette façon la continuité de la mâchoire; de même dans l'ostéome du maxillaire supérieur, on peut exciser avec la tumeur les parties osseuses voisines sans détruire pour cela la charpente de l'os.

Un exemple frappant de cette chirurgie conservatrice a été fourni par Dieffenbach qui, dans un cas de chondrome venant du maxillaire inférieur, n'a enlevé la tumeur à plusieurs reprises que jusqu'au niveau de la surface osseuse: sa conduite fut couronnée de succès et l'ossification de la surface d'implantation eut lieu. Syme a observé un cas semblable.

Dans les tumeurs *malignes*, principalement dans les tumeurs centrales du maxillaire inférieur, les interventions de cette nature seraient insuffisantes. Dans ces cas, il faut se décider à réséquer la plus grande partie du maxillaire, et alors l'opération comprend soit l'ablation de tout une moitié de la mâchoire supérieure, soit la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur, soit la désarticulation de tout une moitié de cet os. Et si la tumeur était très étendue, l'intervention chirurgicale pourrait être encore plus large.

Dans les cas de néoplasmes des *parties molles* de la face, les chirurgiens, qui ont aujourd'hui acquis une grande habileté dans les opérations autoplastiques, combinent ces dernières avec la résection des maxillaires pour combler les pertes de substance qui résultent de cette dernière. Ces opérations, qui témoignent de l'habileté de l'opérateur, sont malheureusement peu utiles, car la récurrence du sarcome ou des carcinomes, dont il s'agit ordinairement dans ces cas, ne se fait guère attendre. Je me fie très peu aux statistiques courantes; d'après mon expérience personnelle, elles sont trop brillantes pour être absolument exactes. Très souvent les malades, portés comme guéris à la sortie de l'hôpital, ne le sont que temporairement: la récurrence survient, mais le malade ne figure plus dans la statistique. C'est pour cela que je m'abstiens d'apporter ici ma statistique personnelle.

4) **Malformations et troubles fonctionnels.** — Dans ces cas, on ne fait que la résection du maxillaire inférieur d'après le procédé d'Esmarch, procédé que nous avons déjà exposé à l'occasion de la constriction des mâchoires.

5) **Résections préliminaires.** — On fait sur les maxillaires des résections dont nous avons déjà mentionné quelques-unes. Ainsi pour enlever un *polype naso-pharyngien*, on est parfois obligé de réséquer une partie ou même la totalité d'un maxillaire supérieur. Nous avons déjà signalé la résection de l'angle inférieur du maxillaire inférieur dans la *névrectomie*; les opérations qu'on fait sur le maxillaire supérieur dans la section de la 2^e branche du trijumeau, d'après les procédés de Carnochan et de Schuh, devraient aussi à la rigueur être considérées comme des résections. Ces interventions ont perdu de leur gravité depuis qu'on fait des réductions ostéo-plastiques, et ce point mérite toute notre attention.

§ 2. — *Technique opératoire.*

Avant d'aborder l'étude du procédé opératoire, prenons un exemple très simple : la résection sur le cadavre d'une moitié du maxillaire supérieur.

Si l'on regarde un crâne dépourvu de ses parties molles, on voit tout de suite les endroits où le maxillaire supérieur devra être séparé des os avec lesquels il s'articule. La soudure la plus étendue se trouve sur la voûte palatine, et pour séparer les deux maxillaires l'un de l'autre, la voûte palatine doit être sciée. Cette opération paraît facile à faire

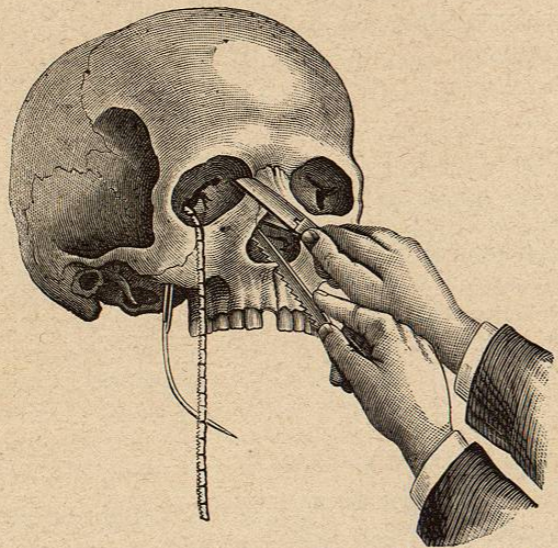


Fig. 67. — Section des attaches du maxillaire supérieur.

d'avant en arrière avec une scie ordinaire. Une autre soudure solide existe entre l'apophyse zygomatique du maxillaire supérieur et l'os malaire; celle-là peut aussi être divisée avec la scie, seulement il faudrait scier l'os de bas en haut, car si l'on voulait marcher dans le sens contraire, on se trouverait fortement gêné par le globe oculaire. Un procédé plus commode consiste à passer dans la fosse zygomatique, à travers la fente sphéno-maxillaire, l'extrémité d'une scie à chaîne et de l'attirer en avant sous le bord inférieur de l'os malaire; on peut alors sectionner très facilement l'os d'arrière en avant. La chaîne est attachée à une aiguille qui présente une courbure telle qu'introduite par l'orbite dans la fente sphéno-maxillaire, elle contourne l'os malaire et vient ressortir avec sa pointe sous ce dernier; on la saisit alors et

on l'attire au dehors. La chaîne doit être attachée à cette aiguille, imaginée par Heyfelder, avec un fil solide, afin qu'on puisse la faire passer à travers la fissure.

Une autre soudure, également très solide, existe entre l'apophyse nasale du maxillaire supérieur d'un côté, et l'os nasal et l'os frontal de l'autre. Celle-ci peut être sectionnée avec des cisailles dont une branche est mise dans les fosses nasales, avec une scie ordinaire, ou encore avec une scie à chaîne fixée sur une aiguille courbe ou une sonde solide qu'on fait passer à travers l'os unguis et ressortir dans l'orifice antérieur des fosses nasales; on attire ensuite la scie et on scie l'os d'arrière en avant. Les autres connexions sont faciles à rompre : celles avec l'unguis et l'ethmoïde sont divisées avec les ciseaux; de même celles avec l'apophyse pyramidale de l'os palatin et les ailes du sphénoïde. Ajoutons encore qu'on peut sans inconvénient enlever en même temps une partie de l'os nasal ou de l'os malaire ou de l'apophyse ptérygoïde.

Maxillaire supérieur. — Dans la résection du maxillaire sur le vivant, l'ordre dans lequel on libère l'os est loin d'être indifférent. Ainsi la section de la voûte palatine est faite toujours en dernier lieu, d'abord à cause de l'hémorrhagie abondante dans la cavité buccale qui se produit à ce moment, ensuite parce qu'il faut encore désinsérer auparavant le voile du bord postérieur de la voûte, acte qui se fait au dernier moment.

INCISION. — Quelle est l'incision la plus commode au point de vue opératoire et causant le moins de dégâts possible? Les incisions faites pour les premières opérations étaient très défectueuses. Gensoul, qui a fait le premier cette opération¹, a taillé un lambeau quadrangulaire

(1) Avant Gensoul, on n'a fait que des excisions partielles. Akoluthus de Breslau (1693), Beaupréau (1769), David, Deschamps, Harrison, Siebold, Klein, Dupuytren, Wattmann (encore à Irnsbruck), Regnoli n'ont enlevé qu'une partie du maxillaire supérieur. Gensoul, qui fit cette opération en 1825, fut bientôt suivi dans cette voie par Lizaris, Syme, Leo, Robinson. L'extirpation totale des deux maxillaires supérieurs a été faite par Heyfelder en 1844.

Je dois pourtant faire observer que la première résection partielle du maxillaire supérieur a été faite non par Akoluthus, mais cinq cents ans auparavant par Guillaume de Salicet à Vérone. Voici l'observation détaillée du malade en question : « Curavi quamdam mulierem, quæ erat de episcopatu Placentiæ, de carne addita in gingivis, in mandibula superiori cujus carnis quantitas erat multiplicata super dentes et gingivas ad modum ovi anseris et plus; removi eam in quatuor vicibus cum ferris ignitis incidentibus, et in fine removi dentes motos cum quibusdam partibus ossis mandibulæ, emittebat enim sanguinem in multa quantitate horu ustionis, qui perfecte stringebatur cum vitriolo, de quo fit encastrum et cotto vel bombace,

dont la base allait de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, la joue comprise dans le lambeau fut relevée sur le front. Cette incision, qui intéressait un grand nombre de branches du facial et le canal de Sténon, fut rapidement abandonnée; de même les incisions en H, en T, en V.

C'est Velpeau qui le premier a indiqué une incision applicable à un grand nombre de cas, incision arciforme qui part de la base de l'os malaire et aboutit à la commissure des lèvres. L'incision courbe de Langenbeck part également de l'os malaire, mais se termine au niveau de la narine, sans intéresser par conséquent la lèvre. Toutes

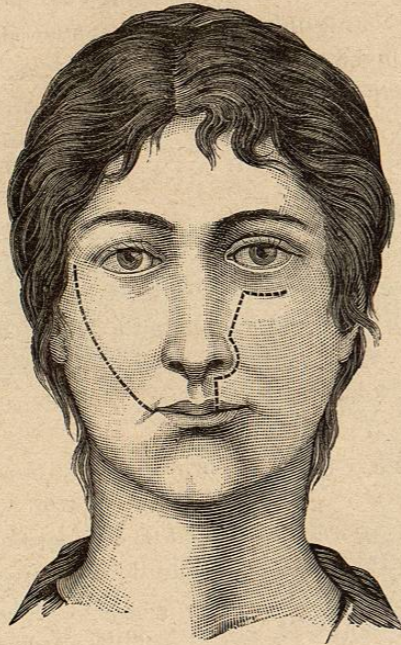


Fig. 68.

----- Incision latérale externe de Velpeau.
 Incision latérale de Nélaton.

ces incisions qui descendent de l'os malaire, les incisions de Syme, Malgaigne, Liston, peuvent être désignées sous le nom d'*incisions latérales externes ou postérieures*, et elles présentent toutes le même

comprimendo cum istis fortiter et firmiter locum a quo emanabat sanguis cum manu. Expectabam inter unam incisionem et aliam quandoque per dies octo et plus; curata fuit per istum modum perfecte. Et fuit hæc cura facta in civitate Veronæ in domo canonicorum MCCLXXIX de mense Martii. Et nobiscum in illa cura fuit Magister Bernhardus de Grondola, qui multum suis manibus in cura laboravit. Et habuimus ex ipsa curva 40 minalia frumenti a quodam hostiario illius ecclesiæ qui erat suus patruus et vocabatur Ubertinus de Placentia ».

inconvenient: la section inévitable des branches du facial. Cet inconvenient n'existe pas avec les *incisions latérales internes ou antérieures*, qui, parties de l'angle interne de l'œil, longent l'aile du nez puis contourment la narine et divisent la lèvre supérieure sur la ligne médiane; pour pouvoir rabattre la joue sur le côté, on ajoute à cette incision une autre incision horizontale qui suit le bord inférieur de l'orbite. C'est en cela que consistent les méthodes de Weber, Nélaton, Maisonneuve.

A l'incision latérale, on peut opposer l'incision *médiane* de Dieffen-

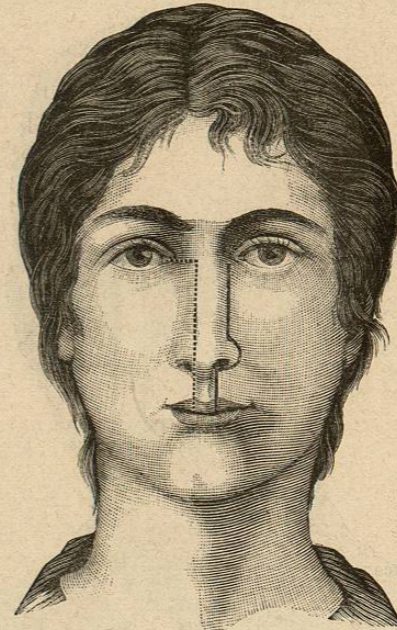


Fig. 69.

——— Incision latérale interne.
 Incision de Dieffenbach.

bach, qui part de la glabelle et suit sur toute sa longueur le dos du nez jusqu'au milieu de la lèvre supérieure; elle est complétée par une incision horizontale qui s'étend jusqu'à l'angle interne de l'œil.

Parmi toutes ces incisions, celle de Weber donne un jour considérable, et c'est celle qui cause le moins de délabrement. Son seul inconvenient est de laisser persister un ectropion ou un œdème considérable de la paupière.

La figure 70 montre le résultat de cette opération (clinique de v. Dumreicher).

Voici comment on conduit cette opération. Après avoir tracé les incisions et