

soin d'épargner les tendons, est aussi assez avantageux. La manière d'attaquer les os varie, je l'ai déjà dit, suivant la façon dont on divise les parties molles.

Résection des articulations métatarso-phalangiennes. — Elle n'est guère pratiquée que pour le premier orteil ; on résèque seulement l'extrémité antérieure du métatarsien et quelquefois aussi l'extrémité postérieure de la première phalange. Blandin a découvert l'articulation en formant un lambeau quadrilatère à base postérieure. Pancoast emploie une incision semi-lunaire. Une simple incision longitudinale faite sur la face dorsale de l'orteil, en dehors du tendon extenseur, me paraît préférable. Butcher, en pratiquant cette opération, a soin de faire la section sous-cutanée du tendon extenseur, afin d'éviter le renversement de l'orteil sur la face dorsale.

2^o RÉSECTION DES OS DANS LA CONTINUITÉ. — A. *Os de la face.* — a. *Maxillaire supérieur* (fig. 122, 123, 124, 125, 126). — La résection du maxillaire supérieur peut être totale ou partielle ; elle peut encore n'être que temporaire.

J'examinerai successivement ces diverses opérations.

Les maxillaires supérieurs constituent une grande partie du squelette de la face dans laquelle ils contribuent à la formation de l'orbite, des fosses nasales et de la bouche. Unis aux os voisins par des synarthroses, ils ne peuvent en être séparés que par l'emploi de la scie, du ciseau ou de cisailles assez solides pour couper les os.

Chaque maxillaire s'articule avec son congénère, avec tous les autres os de la face et en outre avec le frontal et l'ethmoïde, et cela au moyen de trois prolongements, un médian, représenté par sa portion palatine, un second supérieur et interne par son apophyse montante, et un troisième externe, l'apophyse malaire unie à l'os du même nom qui s'articule lui-même avec l'apophyse orbitaire externe du frontal d'une part et l'arcade zygomatique du temporal d'autre part. Quant à l'union du maxillaire supérieur avec l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde par l'intermédiaire du palatin, elle n'est pas très-difficile à disjoindre.

Lorsqu'on résèque le maxillaire supérieur en entier, on enlève en même temps la plus grande partie de l'os malaire, une portion du palatin, de l'unguis et de l'ethmoïde, et on laisse adhérente au

frontal et à l'os propre du nez la partie supérieure de l'apophyse montante. Dans cette opération, on coupe le nerf maxillaire supérieur, l'artère sous-orbitaire, la coronaire labiale supérieure et le plus souvent aussi la faciale, plus quelques artérioles peu importantes.

Il est fort dangereux, quand on procède à la résection du maxillaire, de recourir à l'anesthésie. Il faut que le malade ait la tête relevée et soit en état de rejeter le sang qui, pendant l'opération, coule dans le pharynx et l'étoufferait en pénétrant dans les voies aériennes, s'il était endormi.

Les tentatives de Nussbaum qui a fait la trachéotomie préalable et chloroformé le patient par la plaie de la trachée, celles de Below qui a imaginé une canule destinée à laisser l'air circuler dans la trachée et à obstruer l'entrée du larynx, ne me paraissent pas devoir être imitées. On pourrait bien plutôt suivre la conduite de Verneuil qui, afin de pouvoir anesthésier ses malades, opère de façon à éviter tout écoulement sanguin pénétrant dans la cavité buccale. S'il n'a à enlever que la partie supérieure du maxillaire et que la voûte palatine ne doive pas être intéressée, il tamponne préalablement la fosse nasale correspondante et fait les incisions extérieures de façon à ce qu'elles ne pénètrent pas dans la bouche. Quand la résection doit être totale, il fait l'opération en deux temps. Dans un premier temps, il enlève tout ce qui ne tient pas au palais, et ce n'est qu'après avoir fait l'hémostase qu'il procède au second temps, c'est-à-dire à la résection de la voûte palatine qu'il sectionne rapidement avec la pince de Liston.

C'est dans la position assise du malade que le chirurgien a le plus de facilité pour la manœuvre, mais cette position exposant à la syncope, on doit lui préférer le décubitus dorsal, en ayant soin d'élever suffisamment la tête à l'aide d'oreillers maintenus par un plan résistant.

1^o *Résection totale d'un maxillaire supérieur.* — Je vais d'abord m'occuper de la division des parties molles. Voici comment procéda Gensoul qui le premier enleva le maxillaire supérieur en totalité. Il fit une première incision verticale partant du grand angle de l'œil et venant diviser la lèvre supérieure au niveau de la dent canine, une seconde incision, transversale, naissant de la précédente à la hauteur de la base du nez et s'arrêtant à neuf millimè-

tres en avant du lobule de l'oreille, et enfin une dernière incision verticale commençant à douze millimètres en dehors de l'angle externe de l'orbite et allant par sa partie inférieure se réunir à l'extrémité externe de la précédente.

Il avait ainsi un lambeau quadrilatère qu'il relevait.

Ce procédé laisse des cicatrices apparentes et a, en outre, l'inconvénient plus sérieux de diviser près de leur point d'émergence plusieurs branches du facial. Aussi a-t-il été abandonné.

Dans les procédés que je vais examiner, l'incision a été faite soit en dehors (incision latérale externe), soit en dedans, et ceux-ci se divisent en deux catégories, suivant que l'incision se fait à une certaine distance de la ligne médiane (incision latérale interne) ou sur la ligne médiane elle-même (incision médiane). Enfin certains chirurgiens, par des incisions multiples ou une incision courbe, taillent un véritable lambeau.

Incision latérale externe. — Cette incision est rectiligne ou convexe en dehors. Velpeau (fig. 122, 1) la commençait à la commissure labiale et la conduisait obliquement en haut, en dehors et en arrière jusqu'à la tempe, entre l'oreille et l'angle externe de l'orbite.



Fig. 122. — Résection du maxillaire supérieur.

1. Procédé de Velpeau.
2. Procédé de Syme.

Blandin et Syme, partant aussi de la commissure, arrêtaient leur incision, le premier à la partie antérieure, et le second (fig. 122, 2) à la partie moyenne de l'os malaire.

Incision latérale interne (fig. 123, 1). — Elle part du grand angle de l'œil et descend verticalement sur la lèvre inférieure. Afin d'avoir une cicatrice moins apparente, surtout chez la femme où sa partie inférieure n'est pas dissimulée par la moustache, on peut donner à l'incision une direction brisée, c'est-à-dire lui faire suivre le sillon naso-génien jusqu'à la base du nez; arrivé à ce niveau, on la conduit en dedans, en longeant le bord inférieur de l'orifice an-

térieur des narines, et enfin, lorsqu'on est parvenu sur le côté de la sous-cloison, on se dirige verticalement en bas. L'incision latérale interne est employée surtout pour les résections partielles dans lesquelles Huguier s'en est servi.

Procédés à lambeau (fig. 123, 124, 125). — Malgaigne (fig. 123, 1) à l'incision de Velpeau en ajoutait au besoin une seconde partant de la lèvre et aboutissant dans la narine du côté malade. Liston (fig. 123, 2) faisait une première incision étendue de l'apophyse orbitaire externe du frontal à l'angle des lèvres; il en pratiquait ensuite une seconde en ligne brisée longeant l'os zygomatique, arrivant sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur, séparant le cartilage de l'aile du nez de l'os et divisant la lèvre sur la ligne médiane.

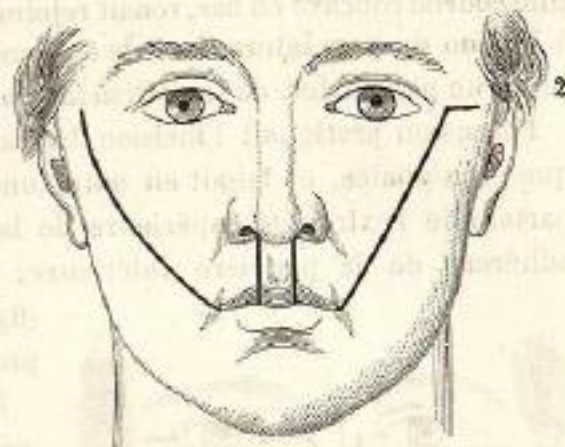


Fig. 123. — Résection du maxillaire supérieur.

1. Procédé de Malgaigne.
2. Procédé de Liston.

Lisfranc formait un lambeau à l'aide de deux incisions, la première allant de la commissure labiale à un point placé à un centimètre et demi en arrière de l'angle orbitaire externe du frontal, et la seconde commençant sur le bord libre de la lèvre supérieure, entrant dans la narine du côté malade, contournant l'aile du nez de ce côté et remontant jusqu'à deux millimètres et demi ou cinq millimètres environ au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.



Fig. 124. — Résection du maxillaire supérieur.

1. Procédé de Nélaton.
2. Procédé de Maisonneuve et de Bouchet.

Heylen d'Hérentals faisait une première incision partant de la racine du nez sur la ligne médiane et continuant à descendre verticalement jusqu'au bord libre de la lèvre supé-

rière; puis, de la commissure des lèvres il faisait partir une incision d'à peu près un centimètre se dirigeant en dehors et un peu en bas dans la direction des branches du facial, de façon à ne pas les diviser.

Nélaton (fig. 124, 1) limitait son lambeau à l'aide d'une incision qui commençait par diviser verticalement la lèvre supérieure à côté de la ligne médiane, contournait l'aile du nez, puis, décrivant une courbe concave en bas, venait rejoindre le sillon oculo-palpébral à l'union du tiers interne avec le tiers moyen; elle longeait ce sillon jusqu'un peu au delà de sa portion médiane et s'arrêtait à ce niveau.

Fergusson pratiquait l'incision latérale interne en ligne brisée que j'ai signalée, et faisait en outre une incision transversale qui, partant de l'extrémité supérieure de la première, suivait le bord adhérent de la paupière intérieure. Maisonneuve et Bauchet (fig. 124, 2) ont employé un procédé analogue.



Fig. 125. — Résection du maxillaire supérieur.

1. Incision latérale interne.
2. Procédé de Diffenbach.

Diffenbach (fig. 125, 2) faisait une première incision commençant au niveau de la racine du nez, longeant la partie latérale du dos de cet organe et venant diviser verticalement la lèvre supérieure; il pratiquait ensuite une seconde incision allant du point de départ de la première au grand angle de l'œil, et une troisième commençant au niveau de l'angle externe de l'œil et s'avancant horizontalement vers l'arcade zygomatique. En divisant le cul-de-sac oculo-palpébral dans sa partie inférieure, il réunissait les deux incisions transversales et obtenait un large lambeau quadrilatère dont le bord inférieur était formé par la lèvre, le bord interne par l'incision verticale, et le bord supérieur par les deux incisions transversales et le bord libre de la paupière inférieure.

A. Bérard limitait un lambeau triangulaire à l'aide de deux incisions commençant, l'une au niveau de l'angle interne de l'œil, l'autre à quelques millimètres en dehors de l'orbite, et venant se

réunir au niveau de la partie moyenne de la fosse canine. Du sommet du lambeau, il faisait partir une incision verticale qui venait diviser la lèvre.

Langenbeck recommande de ne pas sectionner le bord libre de la lèvre pour ne pas s'exposer aux inconvénients d'une réunion défectueuse. Voici le procédé qu'il emploie: il fait une incision semi-lunaire à convexité inférieure commençant au niveau du sac lacrymal ou même entre les sourcils, descendant jusqu'à la hauteur de l'aile du nez et remontant à travers la joue jusqu'à la pommette.

Un bon procédé de division des parties molles pour enlever le maxillaire supérieur doit, autant que possible, remplir les trois conditions suivantes: 1° donner suffisamment de jour pour que la résection puisse se faire facilement; 2° ne diviser ni le canal de Sténon, ni des branches importantes du facial; 3° laisser une cicatrice la moins difforme possible.

Or, les procédés à une seule incision ne donnent pas assez de jour; les procédés à lambeau dans lesquels on pratique une incision commençant à la commissure et se portant ensuite en haut et en dehors, laissent une cicatrice apparente et, qui plus est, entraînent la section, sinon du canal de Sténon, tout au moins de nombreuses branches du facial. J'en dirai autant des procédés de Gensoul et de Bérard; les procédés les meilleurs sont ceux dans lesquels à l'incision principale placée en dedans on ajoute une incision supérieure comme dans les modes opératoires préconisés par Diffenbach, Fergusson et Nélaton, ou une incision inférieure partant de la commissure pour se diriger en bas et en dehors dans la direction des fibres du facial, ainsi que l'a fait Heylen d'Hérentals. Toutefois ce dernier procédé donne moins de facilité que les précédents pour le reste de l'opération.

Les procédés de Fergusson, de Maisonneuve, de Bauchet et de Nélaton qui laissent une cicatrice en partie cachée dans les plis naturels de la face et dans lesquels on n'intéresse pas la paupière inférieure, ce qui expose à un ectropion consécutif, me paraissent les meilleurs.

Les incisions doivent toujours comprendre toute l'épaisseur des parties molles.

Ollier préconise l'ablation sous-périostée de l'os dans les cas où

elle est faite pour une ostéite ou comme opération préliminaire de l'ablation d'un polype naso-pharyngien. Si c'est pour une nécrose que l'on opère, la séparation du périoste se fait spontanément, et, quand c'est pour une dégénérescence, pas n'est besoin de dire qu'on ne doit pas chercher à conserver cette membrane.

Il me paraît inutile de décrire la division et le décollement du périoste.

Lorsqu'on a terminé l'incision ou les incisions, on dissèque les parties molles de façon à avoir nettement sous les yeux le maxillaire supérieur et les prolongements osseux que l'on doit diviser. On lie les artères qui donnent du sang, et on fait écarter les lambeaux par des aides.

Le chirurgien, s'il ne l'a pas déjà fait, arrache alors l'incisive moyenne du côté malade, et détache de l'os le périoste du plancher de l'orbite qui, laissé en place, servira de soutien à l'œil et l'empêchera de s'affaisser.

Pour ce faire, il incise le périoste le long du bord inférieur de l'orbite et le détache avec un scalpel ou un grattoir.

Reste maintenant à séparer le maxillaire de ses connexions avec les os voisins. Quel que soit le procédé employé, on commence par isoler le maxillaire à la partie supérieure, réservant pour la fin la disjonction de la voûte palatine qui, tant qu'elle persiste dans son intégrité, empêche en partie le sang de tomber dans la bouche.

On attaque d'abord le prolongement malaire, puis l'apophyse montante et enfin la voûte palatine. Avant de sectionner cette dernière, on détache avec le bistouri la base du voile du palais de son attache à la portion de voûte que l'on va enlever.

Quand on doit se servir de la scie, on incise, soit sur la ligne médiane, soit un peu à côté, la membrane fibro-muqueuse qui revêt la face inférieure de la voûte palatine.

Langenbeck a apporté à cette partie de l'opération une modification vraiment heureuse. Après avoir sectionné la base du voile du palais, il continue l'incision du côté malade sur la membrane qui tapisse la voûte palatine, en suivant d'arrière en avant le bord interne de l'arcade alvéolaire et s'arrête sur la ligne médiane. Il décolle et abaisse la partie de cette membrane correspondant à la portion de la voûte palatine qui doit être enlevée. L'os extrait, il a

ainsi un lambeau fibro-muqueux comprenant le périoste qu'il réunit par la suture à la joue et qui forme une cloison entre la bouche et les fosses nasales. On peut même dans certains cas obtenir ainsi une reproduction osseuse.

Gensoul coupait avec une gouge et un maillet l'apophyse orbitaire externe et la portion malaire de l'arcade, zygomatique. Ensuite, avec un large ciseau et toujours avec le maillet, il sectionnait l'unguis, la portion orbitaire de l'éthmoïde, la jonction de l'apophyse montante avec l'os du nez et avec le frontal.

A l'aide du ciseau introduit dans la bouche, il divisait, en dédoulant, la voûte palatine sur la ligne médiane; puis, avec le même ciseau introduit obliquement et d'avant en arrière, il coupait le nerf maxillaire supérieur et faisait basculer l'os dans la bouche. Un bistouri ou des ciseaux courbes lui servaient à achever de sectionner les parties molles qui le retenaient encore.

Lisfranc, pour pratiquer les différentes sections osseuses, se ser-

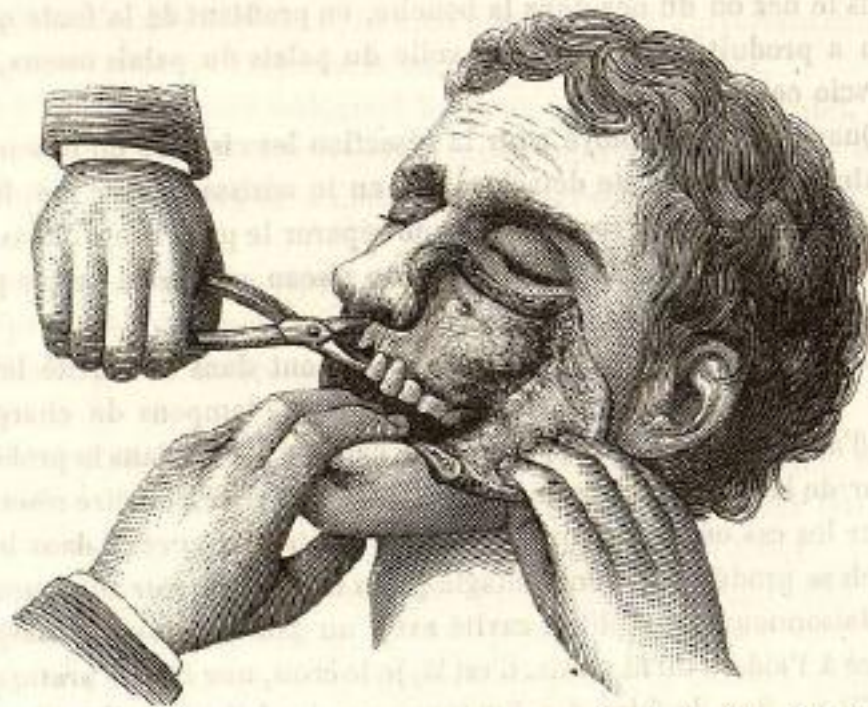


Fig. 126. — Résection du maxillaire supérieur. Section de la voûte palatine avec des ciseaux.

vait des ciseaux de Colombat. Maisonneuve (fig. 126) emploie de très-fortes ciseaux dont les branches coupantes doivent être assez

longues pour pouvoir d'un seul coup diviser la voûte palatine d'avant en arrière.

Division avec la scie. — On a employé différentes scies, mais la plus usitée et la plus commode est sans contredit la scie à chaîne.

On commence par introduire, à l'aide d'une aiguille courbe, la scie à chaîne à travers la fente sphéno-maxillaire; on la fait passer derrière l'os malaire et ressortir au-dessous de cet os. On scie ensuite. Il est souvent assez difficile de faire décrire ce trajet à l'aiguille; il faut, pour que cela se fasse sans difficulté, qu'elle soit fortement recourbée. En sciant l'os malaire, on a soin de maintenir horizontale la portion de la scie qui sort par l'orbite, afin de ne pas blesser l'œil.

Pour scier la branche montante du maxillaire, on introduit l'aiguille à travers l'os unguis, et la dirigeant en bas et en dedans on la fait ressortir par l'orifice antérieur des fosses nasales.

Reste à diviser la voûte palatine.

Avec la sonde de Belloc on passe la scie à chaîne de la bouche dans le nez ou du nez dans la bouche, en profitant de la fente que l'on a produite en séparant le voile du palais du palais osseux, et on scie ce dernier.

Quand on a employé pour la résection les cisailles ou la scie à chaîne, on achève de détacher l'os en le saisissant avec un fort davier. O. Heyfelder recommande de séparer le palatin et le maxillaire de l'apophyse ptérygoïde avec un ciseau, mais cela ne me paraît pas nécessaire. Le davier suffit.

L'os enlevé, certains chirurgiens placent dans la cavité laissée béante par son extraction une série de tampons de charpie ou d'amadou. D'autres appliquent le cautère actuel dans la profondeur de la perte de substance. Ce dernier procédé doit être réservé pour les cas où il reste quelque chose à détruire ou ceux dans lesquels se produit une hémorrhagie qu'on ne peut arrêter autrement.

Maisonneuve remplit la cavité avec un gros tampon de charpie serré à l'aide d'un fil solide. C'est là, je le crois, une bonne pratique.

S'il y a lieu de faire des ligatures, on les fait avant d'appliquer le tampon; mais ce dernier suffit en général pour arrêter les hémorrhagies.

On réunit enfin les lèvres de l'incision ou des incisions avec la suture entortillée ou la suture entrecoupée; cette dernière peut être

faite avec des fils d'argent. On peut aussi se servir de serres-fines.

Des différents modes de section mis en usage pour isoler le maxillaire de ses connexions le meilleur me paraît être celui qui consiste à se servir des cisailles. Le ciseau et le maillet exposent à des ébranlements qu'il faut éviter. La scie à chaîne est d'un maniement difficile, se casse fréquemment, et son emploi prolonge la durée de l'opération. Les cisailles, je le répète, me paraissent préférables, mais il faut qu'elles soient solides, avec des mors assez longs, comme je l'ai déjà dit, pour que l'on puisse d'un seul coup diviser la voûte palatine. Celles que l'on trouve toutes faites chez les fabricants d'instruments ne remplissent pas d'ordinaire ces conditions, et il faut les faire fabriquer exprès.

2° Résection totale des deux maxillaires supérieurs. — En répétant de chaque côté les incisions que nous avons signalées pour la résection d'un maxillaire, on peut découvrir les deux os; mais il est plus simple, en pareil cas, d'adopter une incision médiane qui sert en même temps pour les deux. On fera des deux côtés les incisions transversales de Diefenbach, ou bien une incision transversale située un peu plus bas et longeant le bord inférieur de l'orbite.

Au lieu d'attaquer isolément les deux apophyses montantes, on peut, comme l'a fait Maisonneuve, passer transversalement une scie à chaîne d'un os unguis à l'autre et les scier en même temps toutes les deux.

Pas n'est besoin de séparer l'un de l'autre les deux maxillaires. On peut les enlever simultanément, après avoir coupé avec des cisailles la partie inférieure de la cloison des fosses nasales et du vomer.

3° Résection partielle du maxillaire supérieur. — Si la résection doit porter sur une partie de l'os qu'on puisse enlever par l'orifice buccal sans inciser les téguments, on devra s'abstenir de les diviser.

C'est ce qui arrive, par exemple, quand on ne doit agir que sur la portion alvéolaire de l'os.

Dans le cas contraire, on mettra à découvert la partie à enlever par l'incision la plus inoffensive et la moins apparente que l'on pourra faire.

Il est deux résections partielles du maxillaire sur lesquelles je dois insister: l'une est la résection de la partie inférieure de l'os

pratiquée en laissant en place l'os malaire et le plancher de l'orbite, l'autre la résection de la voûte palatine. Ces deux opérations constituent un temps préliminaire du traitement des polypes naso-pharyngiens.

Voici le procédé employé par Alphonse Guérin pour la résection du maxillaire supérieur au-dessous du plancher de l'orbite : l'incision commence à la partie supérieure de l'aile du nez, suit le sillon qui sépare la lèvre de la joue et va aboutir à la commissure labiale. Les deux lèvres de l'incision sont disséquées. Avec une petite scie, on divise l'apophyse malaire du maxillaire supérieur. On détache le voile du palais du bord postérieur du palatin, on arrache une incisive, on coupe avec des cisailles la voûte palatine et on achève ensuite avec les cisailles, dont une des lames est introduite dans les fosses nasales, la section de la partie supérieure de l'os.

Alors, à l'aide d'un davier, on enlève la portion détachée du maxillaire et la partie inférieure de l'apophyse ptérygoïde, qui est fracturée et détachée en même temps; le plancher de l'orbite reste en place.

Il est évident que l'on peut, pour découvrir la portion d'os que l'on veut réséquer, avoir recours à d'autres incisions.

Nélaton, Richet et Ollier ont, en pratiquant la résection de la partie inférieure du maxillaire, laissé en place, la portion du bord alvéolaire qui supporte les deux incisives. Bauchet a conservé en outre la canine.

Résection de la voûte palatine. — Nélaton. — Voici comment procédait ce chirurgien : à l'aide des ciseaux et du bistouri, il divisait sur la ligne médiane le voile du palais dans toute sa hauteur y compris la luette, et continuait cette incision médiane sur la moitié postérieure de la voûte palatine. La section pénètre jusqu'aux os. De l'extrémité antérieure de cette incision part de chaque côté une incision latérale se portant en dehors et un peu en arrière et s'arrêtant un peu en dedans de l'arcade dentaire. On décolle de proche en proche, à partir de la ligne médiane, le périoste qui se continue avec la muqueuse de la face inférieure du voile du palais.

Quand on arrive à la partie postérieure, il faut sectionner le feuillet postérieur du voile du palais qui fait suite à la membrane ta-

pissant le plancher des fosses nasales. Grâce à cette manœuvre, on peut continuer le décollement en arrière dans l'étendue voulue. On obtient ainsi de chaque côté un lambeau dont la partie postérieure est formée par une moitié du voile du palais et la partie antérieure par une portion quadrilatère de la membrane qui recouvre la voûte palatine. Ces lambeaux sont portés en dehors, et la voûte palatine se trouve à nu dans leur intervalle.

Avec un perforateur, on fait un trou de chaque côté, à un centimètre de la ligne médiane, sur la partie antérieure de la portion du palais dur que l'on a mise à découvert. Ces ouvertures permettent d'introduire une branche des pinces de Liston et de sectionner la portion de la voûte palatine dont on a dénudé la face inférieure.

Avant de l'enlever, on divise sur la ligne médiane la membrane fibro-muqueuse du plancher des fosses nasales qui adhère à sa partie supérieure.

4^e Résection temporaire du maxillaire supérieur. — La résection du maxillaire supérieur n'étant souvent que le premier temps d'une manœuvre opératoire destinée à enlever un polype naso-pharyngien, certains chirurgiens ont cherché à remettre l'os à sa place, après l'en avoir momentanément écarté. On comprend que, pour faire cette opération avec succès, il faille laisser intacte une bonne portion des adhérences de l'os aux parties molles. L'idée première de cette méthode appartient incontestablement à Huguier, comme c'est à lui que revient le mérite de l'avoir le premier mise à exécution.

Jules Roux a proposé la résection temporaire totale; voici son procédé : 1^o Incision transversale de un centimètre au-devant de l'apophyse orbitaire externe. L'articulation fronto-jugale est divisée à l'aide du ciseau et du maillet ou de la scie à chaîne.

2^o Incision verticale de un centimètre sur l'apophyse zygomatique, section de l'articulation temporo-jugale avec le ciseau ou la scie à chaîne.

3^o Incision commençant à l'angle interne et inférieur de l'orbite, suivant le sillon naso-génien, contournant l'aile du nez et divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Section avec la scie et le ciseau ou seulement avec le ciseau de la base de l'apophyse mon-

tante et de la cloison interne de l'orbite, au niveau de l'angle inférieur de cette cavité.

4° Division de l'attache ptérygo-maxillaire à l'aide d'un long et large ciseau.

5° Incision transversale détachant la moitié du voile du palais de la portion correspondante de la voûte palatine et avulsion de la première incisive supérieure du même côté. Section avec la scie à chaîne de la voûte palatine à côté du raphé médian.

On introduit dans la solution de continuité de la voûte palatine les mors fermés d'une pince plate et solide; en l'ouvrant, on écarte les deux maxillaires.

Si l'on n'a pas ainsi une voie assez large, J. Roux conseille de réséquer le sommet de l'apophyse ptérygoïde. Au besoin on écarte l'autre maxillaire supérieur.

Réséction temporaire de la partie inférieure du maxillaire supérieur. — Voici le procédé employé par Huguier : il commença par faire à la base de voile du palais une boutonnière transversale, et fit passer à travers un ruban de fil dont les extrémités sortaient par la bouche et par le nez, et qui devait servir à exercer au moment voulu des tractions sur la portion détachée du maxillaire (gauche) et à la renverser en bas et à droite. Il fit ensuite deux incisions, l'une divisant la joue et allant de la commissure labiale au bord antérieur du masséter, et la seconde suivant le sillon naso-génien à partir du grand angle de l'œil, contournant et détachant l'aile du nez et venant diviser la lèvre supérieure sur la partie médiane. Le lambeau triangulaire ainsi délimité fut détaché et relevé en dehors. Le chirurgien divisa alors la portion verticale du maxillaire supérieur et du palatin, à l'aide d'un trait de scie commençant immédiatement au-dessus de la tubérosité maxillaire et aboutissant au-dessus du plancher des fosses nasales. Il luxa la première incisive et donna un léger trait de scie, d'avant en arrière, sur la voûte palatine à côté de la cloison. Coupant avec un sécateur la base de l'apophyse ptérygoïde, il acheva ainsi de détacher de toute connexion osseuse la partie inférieure du maxillaire. A l'aide de pressions exercées avec un ciseau employé comme levier et de tractions faites à l'aide du ruban de fil, la partie détachée de l'os fut renversée en bas et à droite. Le polype enlevé, le maxillaire fut remis en place et main-

tenu à l'aide d'une fronde et de bouchons taillés en gouttière et placés entre les molaires de chaque côté. Les parties molles furent rapprochées par la suture.

Les moyens employés pour maintenir en place le maxillaire ne paraissant pas suffisants, on eut recours à l'appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée; on fixa avec un fil les dents du côté malade à celles du côté sain, et on obtura avec un morceau de gutta-percha le vide laissé par l'incisive enlevée.

Le malade guérit après une petite nécrose de la partie antéro-supérieure du maxillaire.

Langenbeck et Bœckel ont pratiqué la résection temporaire de la partie supérieure du maxillaire.

Langenbeck fit deux incisions allant se réunir à angle au niveau de l'arcade zygomatique. La première, partant de la base de l'aile du nez, se portait horizontalement en dehors, puis obliquement en haut et en dehors; la seconde, commencée au niveau du sac lacrymal, longeait le bord inférieur de l'orbite et rejoignait la précédente. Le chirurgien laissa les parties molles adhérentes à l'os, détacha le masséter à son insertion inférieure, et, avec une scie à guichet, divisa le maxillaire supérieur dans la direction de l'incision inférieure; il sectionna ensuite l'arcade zygomatique, l'apophyse frontale de l'os jugal et le plancher de l'orbite.

Le lambeau ostéo-cutané put alors être soulevé, et la tumeur, pour l'extirpation de laquelle cette opération était faite, ayant été enlevée, il fut remis en place et maintenu par des points de suture et un bandage compressif.

Voici le procédé de Bœckel : on forme sur la joue un lambeau quadrilatère à base externe à l'aide de trois incisions : la première va du sac lacrymal à la base de la narine; la seconde commence à la fin de la première et s'étend horizontalement en dehors jusqu'au masséter; la troisième part du milieu de la pommette, longe le bord inférieur de l'orbite et va rejoindre l'incision verticale. Puis, avec une scie à chaîne introduite à travers l'os unguis, on sectionne l'apophyse montante du maxillaire; à l'aide d'une petite scie passée dans la narine, on divise la paroi antéro-externe du sinus maxillaire. La scie à chaîne est alors introduite par la fente sphéno-maxillaire, vient ressortir par l'angle inférieur de la

plaie, et permet de couper l'os malaire. Avec un ciseau on divise le plancher de l'orbite, et on soulève la lambeau ostéo-cutané avec un davier.

b. *Résection du maxillaire inférieur* (fig. 127, 128). — Pas plus que pour le maxillaire supérieur, et en raison des mêmes considérations, on ne doit anesthésier l'opéré. Cependant Verneuil, en procédant comme je l'indiquerai plus bas, a pu chloroformer des malades auxquels il réséquait une portion plus ou moins étendue du maxillaire inférieur.

Composé d'un corps ou portion moyenne et de parties latérales ou branches, cet os est parcouru par un nerf et une artère (dentaires inférieurs).

Des muscles nombreux prennent sur lui leurs points d'attache. Sans parler de ceux de la face, je signalerai le masséter inséré sur la face externe de la branche, le temporal attaché à l'apophyse coronéide, le ptérygoïdien interne qui s'implante sur la face interne de l'angle de la mâchoire, et l'externe qui se fixe sur la partie antérieure du col du condyle.

Le mylo-hyoïdien et les génio-hyoïdiens s'insèrent aussi sur cette face interne; c'est encore sur elle, au niveau des apophyses géni, que viennent s'attacher les muscles génio-glosses qui fixent la langue en avant, et c'est là une circonstance que ne doit pas oublier le chirurgien qui pratique la résection de la portion moyenne de cet os, car cette portion osseuse enlevée et les génio-glosses ainsi privés de leur attache antérieure, ces muscles deviennent impuissants à maintenir la langue qui, se portant en arrière, repousse l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx et peut déterminer l'asphyxie.

L'artère faciale repose sur le maxillaire au moment où elle passe du cou à la face; l'artère maxillaire interne est placée immédiatement en dedans du col du condyle et impose de grandes précautions, soit quand on désarticule, soit quand on divise l'insertion inférieure du ptérygoïdien externe.

Cet os est croisé par de nombreuses branches du nerf facial, et le nerf lingual se trouve, dans une portion de son trajet, placé entre la branche de la mâchoire et le muscle ptérygoïdien interne.

Le maxillaire inférieur s'articule avec le temporal au moyen de son condyle. Un ménisque est interposé entre les surfaces articu-

laires que maintiennent deux ligaments, un externe et un postérieur, et deux ligaments extrinsèques ou accessoires.

On peut réséquer une portion de l'os ou l'enlever en entier.

1^o *Résection d'une moitié du maxillaire inférieur.* — Mott, de Græfe, Walther, Gensoul et Cussack, avant de pratiquer cette opération, ont eu recours à la ligature préventive de la carotide primitive, pour prévenir des hémorrhagies difficiles à arrêter. Je dois dire que cette précaution est aujourd'hui tombée en désuétude; d'une part on sait les dangers inhérents à la ligature de la carotide primitive, et d'autre part un chirurgien exercé n'est pas exposé à voir survenir dans cette opération des hémorrhagies qui puissent lui inspirer de sérieuses inquiétudes.

Velpeau faisait une incision en T dont la branche horizontale allait de la commissure labiale au sommet de l'apophyse mastoïde, et la branche verticale arrivait jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde.

Mott pratiquait une incision semi-lunaire convexe en bas et en arrière, commençant au niveau du col du condyle et allant se terminer près du menton, au-dessous et en dedans de la commissure labiale.

Il faisait ensuite une seconde incision rectiligne commençant au même point que la première et aboutissant près du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à la hauteur de l'angle de la mâchoire.

Cussack formait un lambeau quadrilatère circonscrit par deux incisions verticales allant, l'une de la commissure labiale au bord inférieur du maxillaire, la seconde de l'arcade zygomatique à l'angle de la mâchoire, et une troisième horizontale réunissant l'extrémité inférieure des deux précédentes.

Lisfranc faisait une incision commençant sur le bord libre de la lèvre inférieure, se portant verticalement en bas jusqu'au bord inférieur du maxillaire et suivant ce bord jusqu'à trois ou quatre millimètres au delà de l'angle.

Huguier pratiquait une incision légèrement convexe en bas, commençant à la commissure et venant se terminer près de l'apophyse mastoïde. Sédillot a circonscrit un lambeau à l'aide d'une incision qui, commencée à la tempe, descendait verticalement au-dessous de l'angle de la mâchoire, suivait le bord inférieur de cet os et

remontait sur la joue, à la hauteur et un peu en dehors de la commissure labiale.

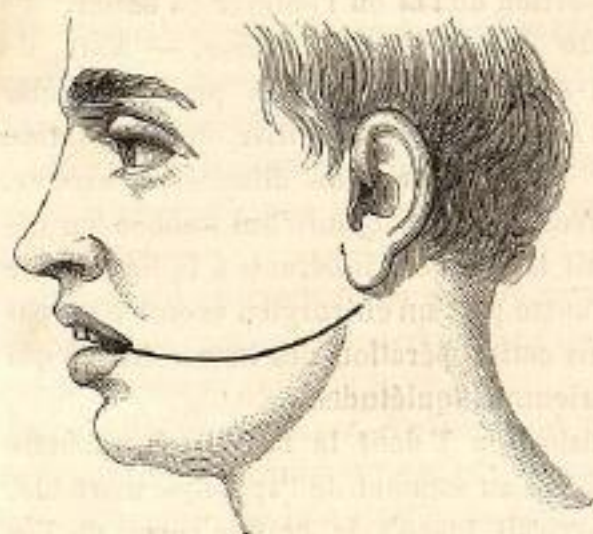


Fig. 127. — Résection d'une moitié du maxillaire inférieur, procédé d'Huguier.

Alphonse Guérin commence son incision à la symphyse du menton et l'arrête à l'angle de la mâchoire.

Ollier, pour faire la résection sous-périostée, fait une incision le long du bord inférieur de la mâchoire, depuis la symphyse jusqu'à l'angle, et la fait remonter suivant le bord postérieur de l'os jusqu'à la hauteur du lo-

bule de l'oreille. Afin de dissimuler la cicatrice, il trace l'incision, non pas sur ce bord même, mais à six ou sept millimètres en arrière.

Le but que l'on doit se proposer en choisissant un procédé pour faire la résection que nous étudions, est d'avoir suffisamment de facilité pour la manœuvre, de laisser des cicatrices aussi peu étendues et aussi peu apparentes que possible, et d'éviter, autant que faire se peut, la lésion des branches du facial. Or, les modes opératoires que j'ai signalés ne remplissent pas, il est aisé de le voir, à un égal degré toutes ces indications.

Les incisions de Velpeau, de Mott, de Cussack, de Sédillot font des délabrements étendus; celle de Guérin donne très-peu de jour pour l'opération. En somme, les procédés qui me paraissent les meilleurs sont ceux de Lisfranc, d'Ollier et d'Huguier. Ce dernier a l'incontestable avantage de léser très-peu de branches du facial.

L'incision ou les incisions faites, on dénude l'os sur sa face externe, ce qui ne présente aucune difficulté. (On fera bien de conserver le périoste, s'il est sain et facile à détacher; c'est là du reste une règle générale.) On arrache l'incisive moyenne du côté que l'on doit réséquer et on isole la face interne du maxillaire au niveau où doit être pratiquée la section. Pour faire cette dernière, on

peut se servir d'une petite scie à main, d'une scie en crête de coq, après avoir introduit une sonde à résection ou un gorgeret pour protéger la langue et le plancher de la bouche, ou mieux encore de



Fig. 128. — Résection d'une moitié du maxillaire inférieur, section de l'os.

la scie à chaîne simple ou montée sur un arbre (fig. 128). On procède alors à la dénudation de la face interne de la portion osseuse à enle-

ver, dénudation que l'on opère en rasant l'os le plus près possible. On coupe avec un bistouri boutonné ou des ciseaux courbes les insertions inférieures du temporal, des ptérygoïdiens interne et externe. Il faut avoir grand soin, quand on divise l'attache de ce dernier muscle, de ne pas s'écarter de l'os, de peur de léser l'artère maxillaire interne. On sectionne ensuite les ligaments de l'articulation. Malgaigne recommande de ne diviser le ptérygoïdien externe que lorsqu'on a déjà désarticulé, de façon à opérer à ciel ouvert, et c'est là une mesure prudente.

Maisonneuve ne désarticule pas l'os, il l'arrache, procédé qui exige une assez grande vigueur musculaire. Ce chirurgien ne divise pas non plus le nerf dentaire inférieur à son entrée dans le canal du même nom, ainsi que le font la plupart des opérateurs. Quand il enlève le maxillaire, ce nerf sort du canal et pend dans la plaie, et il le sectionne alors à la partie supérieure.

L'opération terminée, on rapproche les lèvres de la solution de continuité des parties molles au moyen de la suture entrecoupée ou mieux de la suture entortillée.

Au lieu de désarticuler le condyle du maxillaire inférieur, si l'on n'a pas un intérêt quelconque à enlever cette portion de l'os, on peut la laisser en place et diviser le col du condyle à sa partie inférieure. C'est plus facile et moins dangereux.

Procédé de Verneuil. — Verneuil fait une incision courbe, convexe en bas et n'attaquant pas la portion libre de la lèvre. Il obtient ainsi un lambeau qu'il dissèque et qu'il relève de façon à découvrir la face externe et le bord inférieur de la mâchoire. La dissection est poussée aussi loin qu'on peut le faire sans ouvrir le cul-de-sac labio- ou géno-maxillaire; les vaisseaux sont liés à mesure qu'on les ouvre. Avec les doigts ou des instruments mousses, on isole la face interne de l'os jusqu'à la muqueuse du plancher de la bouche exclusivement. Pour scier l'os sur la ligne médiane, on procède de la façon suivante : avec une sonde cannelée on perce de dehors en dedans la muqueuse du cul-de-sac labio- ou géno-maxillaire, et dans la cannelure de la sonde on glisse un stylet aiguillé muni d'un fil solide, qui pénètre ainsi dans la bouche. La sonde cannelée retirée et portée de bas en haut entre la face postérieure de l'os et la langue vient percer la muqueuse de

ce côté. Sur sa cannelure apparaissant dans la cavité buccale on fait glisser de haut en bas le stylet aiguillé et le fil qui viennent ressortir par l'incision cutanée. Ce fil sert à conduire la scie à chaîne : les deux ouvertures de la cavité buccale qui livrent passage à cette dernière sont trop étroites pour permettre l'arrivée dans cette cavité d'une quantité tant soit peu notable de sang. La section osseuse terminée, on abaisse fortement la mâchoire, et tendant ainsi le tendon du crotaphyte, on le coupe par dehors, ou bien on sectionne avec la pince de Liston la pointe de l'apophyse coronôide.

Avec un bistouri ou des ciseaux on divise les muqueuses du plancher et du vestibule de la bouche qui confinent à la portion du maxillaire que l'on veut enlever, et on termine en détachant la partie supérieure de l'os par torsion et par arrachement.

Tel est le procédé employé par Verneuil, pour empêcher qu'une quantité tant soit peu notable de sang tombe dans la bouche et pénètre dans les voies digestives ou respiratoires, procédé qui lui permet d'anesthésier ses malades.

Lorsque la résection doit porter seulement sur la branche du maxillaire, on peut faire un lambeau quadrangulaire à base antérieure comme J.-F. Heyfelder, ou arrondi, comme Syme. On pourrait, du reste, aussi bien placer la base adhérente du lambeau toute autre part qu'en avant.

2° Résection de la portion médiane du maxillaire. — *Procédé de Dupuytren.* — Un aide tendant la lèvre inférieure d'un côté et le chirurgien la tendant de l'autre, ce dernier incise la lèvre sur la ligne médiane et dans toute son épaisseur, jusqu'au niveau du bord inférieur du maxillaire; puis il prolonge jusqu'à l'os hyoïde son incision dont la dernière partie ne doit intéresser que la peau et le tissu cellulaire.

La face externe de l'os est mise à nu sur toute la portion à enlever, et les lambeaux disséqués sont écartés par des aides. Les dents arrachées sur les points où l'os doit être divisé, le chirurgien se place alors derrière le malade pour scier l'os avec une petite scie à main ou en crête de coq, section qui est beaucoup plus facile dans cette position. Cela fait, il revient en avant et, avec