

grès de la micrographie, l'examen anatomo-pathologique est lui-même devenu plus exact et plus rigoureux.

h. *Lipomes*. — L'existence de lipomes des maxillaires est également contestée. On cite, cependant, deux cas de *lipome du maxillaire supérieur* : le premier présenté à la Société anatomique par Viard, en 1850, le second à la Société de biologie par Triquet, en 1851. Les deux pièces avaient été prises sur le cadavre.

§ II. — Lésions vitales et organiques de l'articulation temporo-maxillaire.

1° Arthrites.

A. *Arthrite aiguë*. — L'inflammation aiguë simple de l'articulation temporo-maxillaire est une affection des plus rares. L'arthrite *traumatique*, en dehors des plaies pénétrantes de l'articulation, est, on peut le dire, inconnue, malgré la fréquence des traumatismes qui paraîtraient de nature à lui donner naissance (coups, chutes sur le menton, etc.). L'arthrite *rhumatismale* vraie, liée au rhumatisme articulaire aigu, n'est pas plus fréquente; on n'en trouve pas une seule observation dans l'ouvrage du professeur Bouillaud.

Quant aux arthrites *par propagation*, consécutives à la périostite simple ou phosphorée des mâchoires, à la périostite du temporal et à l'ostéopériostite du plancher du conduit auditif et de la caisse du tympan, elles ont déjà été signalées comme une complication de ces maladies.

B. *Arthrite subaiguë ou chronique*. — Signalée et décrite, dès 1785, par Sandifort dans ses *Exercitationes academicæ*, cette affection a été plus récemment étudiée par Adams (de Dublin).

L'arthrite sèche ou déformante de l'articulation temporo-maxillaire se présente sous deux formes très-différentes : tantôt elle est isolée et n'occupe exclusivement que l'articulation des mâchoires; tantôt, au contraire, d'autres articulations sont en même temps envahies. Le plus souvent, du reste, l'arthrite sèche temporo-maxillaire n'est isolée qu'en apparence; presque toujours les articulations des vertèbres du cou, et en particulier celles de l'atlas, sont prises en même temps. Enfin, en consultant les antécédents personnels ou héréditaires des malades, il est bien rare qu'on ne trouve pas des traces de la diathèse rhumatismale ou goutteuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques sont celles de l'arthrite sèche en général : usure des fibro-cartilages articulaires et du ménisque interarticulaire; éburnation des surfaces osseuses qui sont en même temps déformées, etc. La cavité glénoïde du temporal s'agrandit et devient irrégulière; le condyle tend à disparaître et peut être remplacé par une surface osseuse, noueuse ou conique; des stalactites osseuses se développent au pourtour de l'articulation, dont elles gênent les mouvements; on a vu de ces stalactites s'étendre depuis le condyle jusqu'à

l'épine du sphénoïde, à la scissure de Glaser, au bord de la cavité glénoïde. Enfin, l'articulation contient souvent des corps étrangers en nombre variable; on en comptait une vingtaine dans un cas observé par A. V. Haller (cité par Weber).

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque l'arthrite sèche est isolée, l'affection est toujours apyrétique et souvent indolente; tout peut se borner, dans les cas les plus légers, à une *crépitation indolente* se produisant dans les mouvements de la mâchoire. D'autres fois à la crépitation s'ajoute une légère douleur dans les mouvements et même un peu de tuméfaction au niveau du condyle. La crépitation, habituellement indolente, peut, du reste, devenir de temps en temps douloureuse sous l'influence du froid ou sans cause connue; en d'autres termes, la maladie suit une marche chronique, interrompue de temps à autre par des poussées d'arthrite subaiguë. Dans les formes plus graves, les mouvements sont plus gênés et s'accompagnent de véritables craquements; enfin l'ankylose peut être le résultat de la production de stalactites osseuses périarticulaires.

Lorsque l'arthrite temporo-maxillaire coïncide avec des arthrites multiples, il y a souvent de la fièvre; les mouvements sont gênés ou rendus impossibles par la douleur; la région temporo-maxillaire est gonflée et douloureuse. L'inflammation peut se résoudre avec une grande rapidité, sans laisser après elle aucune trace apparente, mais on peut s'attendre à ce que l'articulation soit envahie de nouveau; ce n'est souvent qu'après plusieurs poussées consécutives qu'on observe la crépitation et la gêne des mouvements symptomatiques de l'arthrite sèche.

Les poussées d'arthrite subaiguë sont souvent accompagnées, en pareil cas, de *faux torticolis* ou de contracture douloureuse des muscles du cou, symptomatique d'arthrite vertébrale concomitante.

Le *traitement* est celui de l'arthrite en général. On verra bientôt quelle doit être la conduite du chirurgien lorsque la maladie a déterminé une ankylose plus ou moins complète, et par suite la constriction des mâchoires.

2° Constriction des mâchoires.

On désigne indifféremment, sous le nom de *constriction* ou de *resserrement des mâchoires*, un symptôme qui consiste dans la perte complète ou incomplète du mouvement d'abaissement de la mâchoire inférieure.

La constriction des mâchoires est *passagère* ou *permanente*. Dans le premier cas, elle reconnaît pour cause immédiate la contracture des muscles éleveurs de la mâchoire, et plus particulièrement du masséter. Rarement cette contracture est *idiopathique*; on l'observe alors plus particulièrement chez les femmes hystériques, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas. Chez une jeune femme de trente ans, l'affection avait débuté brusquement après une suppression de règles; elle s'était ensuite reproduite pendant quatre mois à chaque époque menstruelle.

Le plus souvent la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire est *symptomatique* des irritations de cause dentaire, telles que la carie, l'éruption difficile des dents, les inclusions dentaires, l'arthrite temporo-maxillaire, la présence de corps étrangers ou de séquestres dans l'épaisseur de la mâchoire.

Ces contractures disparaissent avec la cause qui leur a donné naissance. Or, parmi les causes que nous avons signalées, il en est deux qui passent souvent inaperçues et sur lesquelles l'attention doit toujours être éveillée dans les cas d'un diagnostic douteux : ce sont l'éruption difficile de la dent de sagesse et la présence de corps étrangers dans l'épaisseur du maxillaire.

La *constriction permanente* des mâchoires est un accident autrement grave, dont le mécanisme et le traitement sont cependant aujourd'hui bien connus.

SARAZIN, *De la constriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement*, thèse de Paris, 1855. — ESMARCH, *Du traitement du resserrement des mâchoires par la création d'une fausse articulation de la mâchoire inférieure*, trad. par Verneuil (*Arch. gén. de méd.*, 5^e série, 1860, t. XV, p. 174). — BLAVETTE, *Du resserrement des mâchoires*, thèse de Paris, 1860. — MATHÉ, *Recherches sur les résultats fournis par les procédés d'Esmarch et de Rizzoli*, thèse de Paris, 1866. — DUPLAY, *Du resserrement permanent des mâchoires et de son traitement par les procédés d'Esmarch et de Rizzoli* (*Arch. gén. de méd.*, 6^e série, 1864, t. IV, p. 464). — BERRUT, *De la constriction permanente des mâchoires et des moyens d'y remédier*, thèse de concours, Paris, 1866.

PATROGÉNIE ET MÉCANISME. — D'après la cause qui lui a donné naissance, la constriction des mâchoires peut être divisée en : a. *constrictions musculaires*; b. *constrictions cicatricielles*; c. *constrictions par ankylose*.

a. *Constrictions de cause musculaire*. — Dans cette variété, il n'y a plus simple contracture des muscles élévateurs sans altérations de structure, mais dégénérescence fibreuse, partielle ou totale de ces organes, et rétraction consécutive. La rétraction musculaire est rarement la cause unique de la constriction des mâchoires; rarement même elle joue le rôle principal, le plus souvent elle n'existe qu'à l'état de complication secondaire, soit de la constriction cicatricielle, soit de la constriction par ankylose.

Cette rétraction a toujours pour siège le masséter; elle est plutôt admise théoriquement que démontrée pour le temporal et le ptérygoïdien interne.

Duchenne (de Boulogne) a signalé comme cause de constriction des mâchoires la rétraction du buccinateur consécutive à la paralysie faciale; il en aurait observé plusieurs cas, dont un se trouve reproduit dans la thèse de Berrut.

b. *Constrictions cicatricielles*. — La forme cicatricielle est, sans contredit, la plus fréquente et la plus importante de la constriction des mâchoires. Les cicatrices qui en sont les agents succèdent presque toujours

à la stomatite ulcéreuse de cause mercurielle ou autre, ou à la gangrène de la bouche. Elles siègent à la face interne de la portion intermaxillaire de la joue, et établissent souvent des adhérences entre les parties molles et la face externe de la mâchoire inférieure ou des deux mâchoires, qu'elles retiennent par des ponts ou des bandes fibreuses, fibro-cartilagineuses ou même osseuses. Ces espèces de fausses ankyloses sont plus fréquentes et plus graves à la partie postérieure qu'à la partie antérieure où le sillon gingivo-buccal est plus profond et plus accessible. L'étendue de ces brides est éminemment variable comme leur consistance; il peut n'en exister qu'une, deux, trois, à la face interne de la joue, comme aussi toute une moitié ou les trois quarts de la mâchoire et de la partie correspondante de la joue peuvent être occupés par du tissu cicatriciel.

c. *Constrictions par ankylose*. — L'ankylose est fibreuse ou osseuse, périphérique ou centrale. L'ankylose fibreuse paraît être le plus souvent consécutive à des contusions de l'articulation; c'est après des chutes sur le menton qu'elle a été observée par V. Mott, Guyon, et par nous-même chez un jeune étudiant en médecine. Elle est ordinairement incomplète, et permet quelques mouvements, parfois même assez étendus pour que l'alimentation n'en soit pas gênée d'une manière fâcheuse. Elle était double dans le cas de Guyon.

L'ankylose osseuse périphérique, que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner en parlant de l'arthrite sèche, est rare. On en trouve cependant un certain nombre d'exemples dans la thèse de Sarazin et dans l'ouvrage de Heath. Enfin, Larrey (de Toulouse), S. Cooper, Percy, Cruveilhier, Payan (d'Aix), ont rencontré des exemples d'ankylose osseuse centrale, de fusion osseuse du condyle et de la cavité glénoïde du temporal. L'affection était bilatérale dans tous les cas, excepté dans celui de Cruveilhier; elle était généralisée à toutes les articulations dans ceux de Larrey, Samuel Cooper et Percy.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — La constriction des mâchoires peut exister à des degrés divers : dans les cas légers, les arcades dentaires peuvent encore s'écarter de quelques centimètres, de sorte que l'alimentation n'est pas compromise; dans d'autres cas, les dents sont maintenues au contact, ou même l'une des arcades se trouve située en arrière de l'arcade dentaire opposée. On comprend facilement la difficulté qui en résulte pour l'alimentation et le danger de suffocation dans le cas de vomissement.

Le diagnostic des causes de la constriction est souvent difficile. La contracture et la rétraction musculaire sont aisées, il est vrai, à reconnaître, en raison de la rigidité et de la dureté caractéristiques du masséter, tendu comme une corde. Le chloroforme, en montrant la persistance de la constriction dans la rétraction, sa disparition dans la contracture musculaire, permet de distinguer l'un de l'autre ces deux états morbides. Mais nous l'avons déjà dit, la constriction musculaire n'est souvent qu'une complication des formes cicatricielle et articulaire. Aussi faut-il

rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas des brides, des adhérences cicatricielles, et, dans ce cas, s'efforcer par un examen exact et minutieux, d'établir la part qui revient, soit à la rétraction musculaire, soit aux adhérences cicatricielles dans la production du mal.

Lorsqu'on s'est assuré qu'il n'existe ni cicatrices, ni contracture, ni rétraction musculaire, il s'agit d'une ankylose fibreuse et incomplète, s'il persiste encore quelques mouvements; complète ou osseuse, si tout mouvement est aboli.

PRONOSTIC. — Le pronostic n'est grave qu'autant que l'alimentation est compromise. Si la lésion est bilatérale, elle peut être atténuée par des palliatifs; lorsqu'elle est unilatérale, le pronostic est encore sérieux, mais on a de plus la ressource de l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT. — Le traitement varie naturellement selon qu'il s'agit de telle ou telle forme de la constriction. Les moyens thérapeutiques qu'on peut mettre en usage sont *palliatifs* ou *curatifs*.

A. Traitement palliatif. — Le traitement palliatif consiste à tourner l'obstacle apporté à l'alimentation par la constriction des mâchoires. C'est dans ce but qu'on a proposé et pratiqué l'ablation d'une ou de plusieurs dents ou même d'une portion de l'arcade alvéolaire ou de la mâchoire inférieure. Ces moyens, exclusivement palliatifs, sont aujourd'hui généralement abandonnés.

B. Traitement curatif. — Les moyens employés pour le traitement curatif de la constriction des mâchoires peuvent être divisés en cinq groupes comprenant : *a.* les moyens destinés à combattre la contracture ou la roideur articulaire; *b.* les moyens mécaniques; *c.* la section des parties molles; *d.* l'autoplastie; *e.* la section osseuse.

a. Les révulsifs et les résolutifs, tels que vésicatoires et applications de teinture d'iode au niveau de l'articulation malade, ne doivent être employés seuls que dans les cas de constriction inflammatoire chronique, consécutive soit à des inflammations du voisinage, soit à des traumatismes; mais ils peuvent être appliqués très-avantageusement comme adjuvants des moyens mécaniques. L'électrisation a un rôle plus considérable; elle peut, selon qu'il s'agit de l'électrisation faradique ou de l'électrisation voltaïque, modifier soit les propriétés physiologiques, soit la contexture des muscles, et les ramener à l'état normal. Elle est donc bien indiquée dans les cas de constriction par contracture ou par rétraction musculaire, et plus spécialement dans la première.

b. Les moyens mécaniques ont pour but essentiel la dilatation rapide ou progressive des mâchoires. La dilatation instantanée est rarement pratiquée; on se sert, pour l'obtenir, d'un levier de buis qu'on introduit entre les arcades dentaires, et qui prend son point d'appui sur la mâchoire supérieure; en abaissant de force le manche de l'instrument, en lui imprimant au besoin des mouvements de latéralité, on peut parvenir ainsi à détruire, soit des ankyloses fibreuses incomplètes, soit des cicatrices peu résistantes. Mais, le plus souvent, ce moyen est inefficace et

ne donne que des résultats peu marqués ou de peu de durée; il a besoin, pour amener la guérison, d'être suivi de la dilatation progressive.

Cette dernière peut être pratiquée à l'aide d'instruments variés: l'éponge préparée, les coins de bois, dont on augmente progressivement le volume, les instruments plus compliqués de Valentine Mott et de Brainard, enfin les divers instruments connus sous le nom d'*ouvre-bouche*. Ces derniers sont composés de plaques parallèles qui, placées entre les dents, s'écartent progressivement au moyen d'une vis.

c. Section des parties molles. — Cette méthode comprend: la section des brides cicatricielles, et la section des muscles ou myotomie. La section des brides cicatricielles peut surtout donner de bons résultats lorsque ces brides sont verticales et qu'il n'existe pas d'adhérences entre la face interne de la joue et la face externe des maxillaires. Lorsque la cicatrice est cutanée, ou qu'il existe en même temps une large perte de substance comprenant toute l'épaisseur de la joue et laissant à nu les arcades dentaires et les gencives, on est ordinairement obligé de combiner la section des brides avec l'autoplastie.

La section des muscles, pratiquée pour la première fois par Dieulafoy (de Toulouse) en 1838, et ensuite par Müller, Buck, Schmidt, Ferguson et J. Guérin, est inutile ou insuffisante dans la majorité des cas; nous savons, en effet, que la rétraction musculaire est presque toujours symptomatique soit de la constriction cicatricielle, soit de l'ankylose fibreuse ou osseuse, complète ou incomplète.

d. Autoplastie combinée avec la section des brides. — Cette méthode, due à Rizzoli, consiste à déplacer la cicatrice et à l'employer, au besoin, à combler les pertes de substance de la joue. On en trouvera la description dans la *Clinique chirurgicale* de cet auteur; elle n'est applicable que dans les cas de constriction cicatricielle sans adhérences de la face interne de la joue, et dans les cas où cette adhérence est compliquée d'une large ouverture de cette paroi de la bouche.

e. Section osseuse. — L'idée de la résection partielle du maxillaire inférieur dans le cas d'ankylose temporo-maxillaire n'est pas nouvelle. Elle avait déjà été pratiquée en 1832 par Baroni en Italie, lorsque Bérard en émit l'idée en France en 1837, et Carnochan en Amérique, vers 1840. Mais jusqu'en 1854 les divers auteurs qui se préoccupèrent de la question l'envisageaient à des points de vue différents. Les uns, comme Baroni, n'avaient d'autre but que de rendre possible l'alimentation ou plutôt l'introduction des aliments; d'autres, comme Bérard, Carnochan et Richet, rêvaient la formation d'une pseudarthrose sans lieu déterminé ou ayant son siège au col du condyle.

C'est à Rizzoli (de Bologne) que revient le mérite d'avoir le premier nettement indiqué le but de la méthode nouvelle et le moyen de l'atteindre. Cette méthode consiste à établir une pseudarthrose en avant des adhérences, et à rendre ainsi la mobilité à la portion non ankylosée du maxillaire inférieur. C'est à tort que l'invention de la méthode a été attri-

buée à Esmarch; le mémoire de ce dernier n'a paru qu'en 1859, tandis que le premier mémoire de Rizzoli a été publié dans le *Bulletin de l'Académie des sciences* de l'Institut de Bologne, en 1858. Quant à l'argument tiré de la communication de l'idée d'Esmarch au congrès de Gœttingue en 1854, il suffit, pour en faire justice, de faire remarquer qu'il n'en est pas fait mention dans les *Comptes rendus*.

La méthode de Rizzoli comprend deux procédés : le procédé de Rizzoli et le procédé d'Esmarch.

Procédé de Rizzoli. — La commissure des lèvres étant écartée de manière à pouvoir inciser la muqueuse dans le sillon gingivo-buccal, et le maxillaire ainsi mis à nu, Rizzoli glisse la branche non coupante de son ostéotome le long de la face interne du maxillaire jusqu'au-dessous de son bord inférieur, qu'il contourne; puis, appliquant la branche coupante de l'instrument sur la face antérieure de l'os, il le sectionne d'un seul coup d'avant en arrière. L'opération peut également être pratiquée, soit avec une forte pince de Liston, soit avec la scie à chaîne.

Procédé d'Esmarch. — Au lieu de faire une section simple, Esmarch circonscrit entre deux traits de scie une portion de l'os qu'il resèque. Les deux sections sont ordinairement verticales; cependant Bruns, Wagner et Heath, au lieu d'enlever un segment quadrilatère, ont mieux aimé circonscire un fragment triangulaire à base inférieure ou supérieure, afin de prévenir la coaptation et la soudure des deux fragments.

Les résultats immédiats de l'opération ne diffèrent pas, quel que soit le procédé employé; la réaction est modérée, il y a peu de gonflement et de douleur.

Les résultats définitifs doivent être examinés au point de vue fonctionnel et au point de vue de la mortalité.

Au point de vue du rétablissement des mouvements, l'avantage est en faveur du procédé de Rizzoli : les fragments se réunissent par un tissu fibro-muqueux, et non par du tissu fibreux; d'où il résulte que la récurrence est moins fréquente.

Au point de vue de la mortalité, on compte, sur 25 observations rassemblées par nous, pour le procédé de Rizzoli, 3 morts, 1 récurrence et 7 succès sur 13 opérations; pour le procédé d'Esmarch, 1 mort, 4 récurrences et 7 succès, sur 12 opérations. Le nombre des morts semblerait donc être plus considérable dans le procédé de Rizzoli. Mais il faut remarquer que l'un des opérés par ce procédé est mort de scarlatine, et les deux autres, ainsi que celui opéré par le procédé d'Esmarch, d'infection purulente.

ARTICLE III.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES MAXILLAIRES.

1° *Réséction du maxillaire supérieur.* — La réséction du maxillaire supérieur est totale ou partielle, permanente ou temporaire.

a. *Réséction totale.* — Indiquée par Lizars (d'Edimbourg) en 1826, la réséction totale du maxillaire supérieur a été pratiquée pour la première fois par Gensoul (de Lyon) en 1827, et quelques mois après par Lizars.

Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail des divers procédés opératoires qui sont décrits dans les *Traité de médecine opératoire*. Nous nous contenterons de donner une idée sommaire de l'opération et d'indiquer brièvement les avantages des principaux procédés.

L'opération comprend trois temps : dans le premier, le chirurgien met à nu le maxillaire dans une étendue suffisante pour pouvoir atteindre les quatre points d'attache de l'os; dans le second, il rompt, coupe ou scie trois de ces points d'attache représentés : 1° par l'articulation de la branche montante avec l'os unguis et l'ethmoïde; 2° par l'articulation de l'apophyse orbitaire de l'os malaire avec l'apophyse orbitaire du frontal; 3° par l'articulation des apophyses palatines entre elles; enfin, dans un troisième temps, il rompt par l'abaissement forcé du maxillaire le quatrième point d'attache représenté par l'articulation du palatin et de l'apophyse ptérygoïde et enlève la mâchoire ainsi détachée.

Gensoul, dont le procédé est aujourd'hui abandonné, mettait l'os à nu en taillant un lambeau quadrangulaire qu'il rabattait de haut en bas, et attaquait les trois premières attaches avec la gouge et le maillet. La section des branches supérieures du facial était inévitable dans ce procédé.

Fergusson se contentait de faire une incision verticale à la lèvre supérieure au niveau de la narine; par ce moyen il évitait la section des branches du facial, et l'opération ne laissait après elle qu'une cicatrice linéaire peu étendue; mais elle avait le grave inconvénient de ne mettre la mâchoire à nu que fort incomplètement, ce qui rendait très-difficile la section des points d'attache.

Ces inconvénients sont évités dans les procédés de Nélaton et d'Alph. Guérin qui, en prolongeant l'incision verticale de Fergusson le long de l'aile du nez dans le sillon naso-génien, et au besoin le long du rebord orbitaire inférieur, obtiennent à la fois la mise à nu complète de l'os et une cicatrice peu apparente. Les points d'attache supérieurs (branche montante et apophyse orbitaire du malaire) sont attaqués, soit avec la scie à chaîne, soit avec la pince de Liston; l'inférieur (apophyse palatine), avec le dernier instrument. Il suffit ensuite, après avoir préalablement incisé la muqueuse sur la ligne médiane de la voûte palatine et à l'union de celle-ci avec le voile du palais, d'imprimer au moyen du davier un énergique mouvement d'abaissement à l'os pour détruire son attache postérieure et l'enlever.

b. *La réséction simultanée des deux maxillaires supérieurs*, pratiquée pour la première fois, d'après Velpeau, en 1824 par Rogers (de New-York), l'a été plus tard par Liston (1836), Heyfelder (1844 et 1850), Dieffenbach, Maisonneuve, Lane, etc.

Pour mettre les os à nu, Heyfelder taille un double lambeau qu'il relève de bas en haut vers le front. Maisonneuve et Dieffenbach se con-

tentèrent de faire sur la ligne médiane une incision verticale qui, partant de la racine du nez, se prolonge jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure inclusivement; ils dissèquent ensuite les deux lambeaux latéraux comme dans le procédé de Nélaton et d'Alph. Guérin, puis ils sectionnent les points d'attache comme dans la résection d'un seul maxillaire, à cette seule exception près que la section inférieure, au lieu de porter sur la voûte palatine, porte sur le vomer.

c. La *résection partielle du maxillaire supérieur*, déjà pratiquée en 1693 par Acoluthus (de Breslau), et après lui par Desault, Garengoet, Jourdain et Dupuytren pour des tumeurs du maxillaire, fut plus tard abandonnée pour la résection totale, dont l'exécution est à la fois plus facile, plus rapide et plus élégante. Ces avantages, trop appréciés à une certaine époque, le sont beaucoup moins depuis que la chirurgie tend à devenir de plus en plus conservatrice. La gouge et le maillet n'inspirent plus autant de dégoût, et l'on sacrifie assez souvent la rapidité et l'élégance à l'intérêt qu'il y a à conserver, soit le plancher de l'orbite, soit la portion palatine de l'os, soit une partie de l'arcade alvéolaire, surtout la portion incisive.

d. La *résection temporaire du maxillaire supérieur*, dont l'idée première appartient à Chassaignac, et qui consiste à détacher temporairement et à déplacer une portion de l'os laissée adhérente aux parties molles, de manière à pouvoir la replacer ensuite, n'est guère applicable que pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens et des tumeurs du sinus. Ce n'est donc pas ici le lieu de la décrire.

A part certains cas de tumeurs très-vasculaires, l'hémorrhagie immédiate, consécutive à la résection du maxillaire supérieur, est généralement peu abondante et facile à maîtriser par les moyens ordinaires; on est cependant quelquefois obligé d'employer le cautère actuel. Les hémorrhagies secondaires sont plus graves, elles ont dans plusieurs cas nécessité la ligature, soit de la carotide externe, soit de la carotide primitive.

La gravité de l'opération varie selon que la résection est totale, double ou partielle.

La guérison est la règle dans la résection totale d'un seul maxillaire. Sur 112 cas réunis par Heyfelder, on ne compte que 26 succès. La statistique de Langenbeck est moins rassurante: sur 20 résections totales, dont 2 des deux maxillaires simultanément, on compte 10 morts. Peut-être faudrait-il chercher les causes de cette différence énorme entre les succès et les succès dans la tendance assez générale à ne pas publier les succès.

La résection simultanée des deux maxillaires est plus grave: elle donne 4 morts sur 9 opérations, dans la statistique de O. Heyfelder.

Les résections partielles, au contraire, le sont beaucoup moins: sur 57 cas de résections plus ou moins étendues, Dieffenbach ne compte pas un seul cas de mort; Langenbeck, un seul cas sur 27.

2° *Résection du maxillaire inférieur*. — a. *Résection partielle*. — L'amputation méthodique d'une portion de la mâchoire inférieure fut pratiquée pour la première fois le 30 novembre 1812 par Dupuytren. Le procédé employé par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu est resté dans la science. Il consiste à mettre l'os à nu au moyen d'une incision verticale s'étendant du bord libre de la lèvre inférieure à l'os hyoïde, à rabattre les lambeaux latéraux en décollant les muscles, et à exciser ensuite une portion de l'os, soit avec la scie à chaîne, soit avec des pinces coupantes.

Le procédé de Dupuytren n'est applicable qu'à la résection de la partie antérieure de l'os. Aussi lui préfère-t-on, en général, le procédé de la section horizontale le long du bord inférieur de l'os; on décolle ensuite les parties molles qui recouvrent les deux faces de l'os, y compris le périoste; puis on termine l'opération comme plus haut, au moyen de la scie à chaîne ou de la pince coupante.

La résection partielle avec désarticulation unilatérale, pratiquée d'abord en 1820 par Salm (d'Ulm), puis par Græfe, Mott, l'a été ensuite successivement par Signorini, Carnochan, Cusack, Liston, Lallemand, Lisfranc, Maisonneuve, Gensoul, etc. La présence de l'artère maxillaire interne, située à la face profonde du col du condyle, rend cette opération dangereuse. Aussi bon nombre de chirurgiens adoptent-ils de préférence un procédé ancien, qui consistait à désarticuler directement avec l'instrument tranchant, celui de Maisonneuve, qui, après avoir détaché le tendon du crotaphite et décollé aussi haut que possible, achève l'opération en imprimant au fragment articulaire de l'os préalablement sectionné un mouvement de torsion qui rompt les attaches ligamenteuses et permet de l'extraire sans difficulté.

La résection d'une partie de la hauteur de l'os (*résection non pénétrante* de Weber) doit être faite autant que possible par la voie buccale; la voie buccale a également été recommandée par Rizzoli pour la résection complète, qui n'est praticable que dans les cas de nécrose.

b. La *résection totale* du maxillaire inférieur, pratiquée pour la première fois par Bocca (1842), et plus tard par Signorini, Carnochan, Heyfelder, Maisonneuve, Pitha, etc., se trouve ramenée à une double désarticulation unilatérale par la section de l'os sur la ligne médiane.

L'hémorrhagie n'est jamais assez considérable pour devenir inquiétante. Mais on a à craindre le renversement de la langue en arrière par suite de la section des attaches antérieures des génio-glosses. Cet accident est sans gravité pendant l'opération; il n'est pas difficile, en effet, d'aller saisir la langue renversée et de la ramener en avant; pour l'y maintenir, on la traverse à l'aide d'un fil que l'on confie à un aide et qu'on fixe, après l'opération, à l'un des points de suture de la plaie ou dans les environs; on l'enlève ordinairement le troisième ou le quatrième jour. Dans d'autres cas, ce n'est plus du renversement de la langue qu'il s'agit, mais d'un véritable refoulement: c'est ce qu'on observe lorsque après la résection

de la partie antérieure du maxillaire, on tente le rapprochement ou la suture des deux fragments. La langue, refoulée par le rétrécissement du plancher de la bouche, se porte en arrière et détermine des symptômes de suffocation qui disparaissent dès qu'on sépare les fragments.

Dans les résections partielles et latérales, les fragments tendent à se rapprocher; il en résulte une déformation plus ou moins considérable de la courbe parabolique de la mâchoire. Pour remédier à cet inconvénient, Nasmyth (d'Edimbourg) conseille de revêtir les dents supérieures et inférieures de chapeaux de métal. Ce moyen, regardé comme inutile par Heath, est jugé plus favorablement par Guyon, qui propose d'utiliser dans le même but les plaques moulées en gutta-percha de Morel-Lavallée.

La gravité de l'opération varie selon qu'il s'agit de la résection partielle non pénétrante, de la résection dans la continuité, de la désarticulation unilatérale et de l'extirpation totale; mais on peut dire, d'une manière générale, que la mort est rarement la conséquence de l'opération.

Sur un total de 486 cas, réunis par Weber, on compte, il est vrai, 87 morts; mais il faut remarquer que, sur ces 87 cas de terminaison fatale, l'opération avait été nécessitée 73 fois par des tumeurs malignes, ce qui réduit à 16 le chiffre de la mortalité pour les autres causes.

Les 486 cas se décomposent ainsi : résections non pénétrantes, 62, dont 4 morts (4 pour des tumeurs malignes); résections dans la continuité, 185, 46 morts, dont 36 pour tumeurs malignes; désarticulations unilatérales, 100, 36 morts, dont 33 pour tumeurs malignes; extirpation totale, 49, dont 1 mort.

De l'anesthésie dans la résection des maxillaires. — L'anesthésie, dans les cas de résection des maxillaires, présente un danger spécial, c'est la pénétration du sang dans les voies aériennes. Ce danger est assez grand pour que certains chirurgiens aient renoncé, en pareil cas, à faire bénéficier les malades de l'anesthésie, et pour que les autres se soient préoccupés de découvrir les moyens de prévenir cet accident. C'est ainsi que Nussbaum a proposé et pratiqué la trachéotomie préventive, et que Below a imaginé une canule-tampon qui oblitère l'entrée du larynx tout en permettant la libre circulation de l'air dans la trachée. A ces moyens peu pratiques ou qui compliquent l'opération principale, on doit préférer ceux aussi simples que faciles dont l'idée et l'application appartiennent au professeur Verneuil (1).

Empêcher la pénétration du sang soit dans la cavité buccale, soit dans la cavité pharyngienne, tel est le but à atteindre. Verneuil y parvient par des procédés différents, suivant qu'il s'agit de la mâchoire supérieure ou de la mâchoire inférieure. Pour la mâchoire supérieure, il pratique le tamponnement postérieur des fosses nasales, et s'oppose ainsi au passage du sang dans le pharynx; pour prévenir son passage dans la bouche, il modifie le manuel opératoire de manière à n'ouvrir la cavité buccale,

(1) *Archives générales de médecine*, 1870, vol. II, p. 386.

à n'inciser la muqueuse qu'au dernier moment, lorsque le maxillaire, déjà séparé de ses attaches supérieures, ne tient plus que par l'apophyse ptérygoïde; le temps nécessaire pour terminer l'opération est alors assez court pour que le sang qui tombe dans la bouche ne puisse plus donner lieu à aucun accident.

C'est encore par un changement analogue apporté au manuel opératoire qu'il prévient l'introduction du sang dans la bouche, dans la résection du maxillaire inférieur. La muqueuse buccale n'est ouverte qu'après que les parties molles ont été décollées des deux faces du maxillaire dans toute l'étendue à réséquer; encore alors ne l'ouvre-t-il que dans l'étendue nécessaire au passage de la scie à chaîne au moyen du bec de la sonde cannelée. On opère ainsi sous le chloroforme avec une sécurité qui n'a rien à envier à celle que l'on a lorsqu'on opère dans les régions les moins dangereuses.

CHAPITRE XI

MALADIES DE LA LANGUE

Les affections chirurgicales de la langue ont sans doute attiré de tout temps l'attention des praticiens, cependant on peut dire que l'étude vraiment complète de ces affections est de date toute moderne. Malgré quelques travaux sur les maladies de la langue en général, la science ne possédait encore aucun ouvrage spécial sur la matière, lorsque Fairlie Clarke fit paraître en 1873 un *Traité des maladies de la langue*, dans lequel l'auteur a présenté d'une manière à peu près complète l'état de nos connaissances, en consignnant les résultats de son expérience et de sa pratique personnelle.

HEISTER, *De lingua sana et agra*. Altdorffii, 1716. — LASSUS, *De morbis linguæ*, thèse du Collège de chirurgie. Paris, 1765. — ANT. LOUIS, *Mémoire physiologique et pathologique sur la langue*, in *Mém. de l'Acad. de chir.*, Paris, 1774, t. V, p. 486. — BREIDENSTEIN, *De morbis linguæ*. Erlangæ, 1791. — RIONDEL, *Dissertation sur les maladies de la langue*, thèse de Montpellier, 1813. — LÉCUSSAN, *Dissertation sur les maladies de la langue*, thèse de Paris, 1849, n° 261. — EARLE, *On Diseases of the Tongue*, in *Med.-Chir. Trans.*, 1822, t. XII, p. 283. — JOHNSON, *Diseases of the Tongue*, in *Med.-Chir. Review*, 1843, t. XLIII, p. 537. — BEAUREGARD, *Des affections chirurgicales de la langue*, thèse de Strasbourg, 1847. — FAIRLIE CLARKE, *Treatise of the Diseases of the Tongue*. London, 1873. — PAUL HYBORD, *Des maladies chirurgicales de la langue* (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1873).

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA LANGUE.

Les lésions traumatiques de la langue sont assez rares, du moins en tant que lésions uniques et indépendantes de celles des organes voisins. Cette immunité relative s'explique très-bien, du reste, par la situation