

le malade dans les résections du maxillaire, et dans toutes les autres opérations intéressant les cavités nasale ou buccale, sans lui faire courir le danger de l'écoulement du sang dans la trachée: *l'opéré est placé de façon que sa tête pende librement en dehors du bord de la table sur laquelle il est couché, et que le champ opératoire se trouve situé à un niveau inférieur à celui du larynx.* Pour obtenir ce résultat il faut faire en sorte que la tête du malade ait son grand axe dirigé perpendiculairement à la surface de la table. Si au lieu du maxillaire, c'est le larynx ou la trachée qui sont le siège de l'opération, on donne à tout le corps une position inclinée en soulevant le bout de la table correspondant aux jambes du malade; les soutiens que l'on place sous les pieds de la table doivent avoir alors au moins 30 centimètres de hauteur.

D'autres méthodes plus compliquées ont été également employées dans le but de prévenir le danger que nous venons de signaler. GOSSELIN et après lui VERNEUIL, avaient imaginé de tamponner les orifices postérieurs des fosses nasales; ce moyen leur permettait de pratiquer la résection partielle de la moitié supérieure du maxillaire chez des individus chloroformés sans avoir à craindre le danger de l'écoulement du sang dans la trachée. Dans le cours des dernières années on a proposé plusieurs procédés consistant à anesthésier le malade à travers une ouverture artificielle de la trachée, puis à tamponner avant l'opération proprement dite la partie située entre la bouche et le larynx, de façon à empêcher le sang de pénétrer dans les voies respiratoires.

NUSSBAUM pratiquait d'abord la trachéotomie, et tandis que l'anesthésie était maintenue à travers la canule, il fermait le larynx et l'œsophage à l'aide d'une compresse huilée. TRENDELENBURG imagina ensuite d'entourer la canule d'un cylindre creux de caoutchouc; ce cylindre peut être gonflé d'air après avoir été introduit, grâce à un tube qui est à l'extérieur. Cette canule-tampon ferme ainsi hermétiquement la trachée au-dessous de la plaie (*Voir § 128, maladies du larynx*). De ces deux procédés c'est le dernier qui évidemment est le plus pratique, bien que le tampon de caoutchouc ne fonctionne pas toujours d'une façon efficace, et que l'on soit obligé de vérifier souvent pendant l'opération si la trachée est hermétiquement fermée.

Notre opinion en présence des divers procédés opératoires que nous venons de mentionner, c'est que d'abord on ne devrait jamais tenter la résection du maxillaire supérieur sans anesthésie préalable. Nous admettons volontiers que chez certains individus peu sensibles la résection ne cause pas les douleurs atroces que le spectateur croit nécessairement liées à l'opération; c'est ainsi qu'une vieille femme que j'opérai sans anesthésie il y a quelques années, me dit qu'elle consentirait plus volontiers à subir encore une fois la résection du maxillaire qu'à se faire extraire une dent. Néanmoins, dans la plupart des cas, l'opération en question est excessivement douloureuse. Une autre considération n'est pas non plus à dédaigner: les chirurgiens actuels ont été élevés dans l'emploi de l'anesthésie, et ils ne posséderaient pas le calme nécessaire s'ils étaient obligés de pratiquer une opération aussi importante sur des sujets non chloroformés qui ne cessent

de crier et de se débattre sous l'impression de la douleur. Par conséquent c'est à la méthode de ROSE consistant à placer la tête de l'opéré dans la position pendante que nous accorderions la préférence, si elle ne présentait un inconvénient qui ne permet pas d'en généraliser l'emploi; cet inconvénient c'est **l'hémorragie que la position déclive de la tête tend à exagérer considérablement.** Dans plusieurs opérations que j'ai pratiquées suivant ce procédé, et dans plusieurs autres qui ont été rapportées par divers chirurgiens, la perte de sang fut réellement effrayante. La méthode de ROSE ne saurait convenir dès lors pour des opérations de longue durée pratiquées chez des individus anémiques, très jeunes ou arrivés à un âge très avancé.

Dernièrement ROSE a prouvé, il est vrai, par un grand nombre d'opérations que l'on peut également, dans son procédé, se rendre maître de l'hémorragie, si l'on a soin de lier immédiatement les vaisseaux qui donnent un jet de sang, et d'arrêter l'écoulement par les veines et les petits vaisseaux en les comprimant au moyen de fines éponges. Mais la durée des opérations se trouve ainsi considérablement prolongée, car on est à chaque instant obligé d'appliquer des éponges, puis de donner de nouveau du chloroforme. ROSE a cherché à obvier à cet inconvénient par la modification suivante apportée au procédé de narcotisation: la bouche de l'opéré est maintenue ouverte à l'aide d'un écarteur des mâchoires, et la langue est attirée au dehors sur le maxillaire inférieur. Entre les branches de l'écarteur passe un tube en caoutchouc, par lequel, au moyen d'un pulvérisateur, on fait arriver dans la gorge de l'air saturé de vapeurs de chloroforme (une partie de l'appareil conseillé par JUNKER pour l'anesthésiation avec le bichlorure de méthylène). Le grand avantage de cet appareil c'est que l'on n'a pas à appliquer et à retirer continuellement la compresse ou le cornet employé pour les inhalations dans le procédé ordinaire. En outre une très petite dose de chloroforme suffit alors pour maintenir l'anesthésie, et l'on ne voit que très rarement se produire des phénomènes d'asphyxie. ROSE fait remarquer que, lorsqu'on opère le malade étant assis, on peut également se servir de cet appareil en introduisant par le nez le tube en caoutchouc.

Le procédé de TRENDELENBURG a quelque chose d'extrêmement séduisant pour celui qui le voit employer pour la première fois. On éprouve un sentiment de sécurité tout particulier en voyant le malade respirer tranquillement, plongé dans une anesthésie profonde, pendant que le chirurgien incise les parties molles et divise les os au moyen de la scie sans avoir à redouter l'écoulement du sang dans les voies respiratoires. Ce procédé semblerait donc préférable à tout autre. Malheureusement il présente un double inconvénient. D'une part on ne saurait nier les difficultés considérables que peut présenter la trachéotomie, surtout dans les contrées où les glandes thyroïdes volumineuses sont endémiques, et nous dirons même que cette opération peut fort bien n'être pas dépourvue de

dangers. D'autre part, la canule exige une surveillance continuelle, car il arrive parfois que le tampon de caoutchouc ne ferme pas hermétiquement la trachée, et que du sang s'écoule tout à coup dans les voies respiratoires. J'ai failli perdre ainsi un de mes opérés sans que j'eusse d'abord le moindre soupçon de l'accident; je ne pus le rappeler à la vie qu'après avoir enlevé la canule et aspiré le sang contenu dans la trachée. Ces motifs m'ont engagé à n'employer le procédé de Trendelenburg que dans les grandes opérations pratiquées chez des individus très sensibles. Dans presque tous les autres cas j'ai recours à la méthode d'anesthésiation consistant à combiner la morphine avec le chloroforme, et je fais placer le malade dans la position assise.

§ 99. — La résection totale du maxillaire supérieur était pratiquée autrefois à l'aide d'incisions très grandes laissant des cicatrices difformes. VELPEAU le premier réduisit le traumatisme opératoire en ayant recours à une incision courbe partant du milieu de l'arcade zygomatique pour se rendre à la commissure des lèvres. Lorsqu'on a affaire à une tumeur très étendue on peut encore aujourd'hui utiliser ce procédé d'incision, à la condition toutefois de respecter le conduit de Sténon, et si possible aussi, à l'exemple de LANGENBECK, la commissure buccale et une partie du nerf facial<sup>1</sup>. Ainsi donc si la tumeur s'étendait du côté de la région malaire et nécessitait l'emploi d'un procédé semblable à celui de VELPEAU, on ferait une incision partant de l'arcade zygomatique pour aboutir vers l'aile du nez, puis on pratiquerait une seconde incision le long du bord inférieur de l'orbite jusqu'à l'apophyse nasale du frontal.

Dans la plupart des cas, c'est par le procédé d'incision de DIEFFENBACH que l'on ménagera le mieux les parties molles de la face, et que l'on réduira à son minimum la déformation résultant des cicatrices, tout en ouvrant une voie assez large pour permettre la résection du maxillaire. DIEFFENBACH pratiquait une incision partant de la région intersourcilière et se dirigeant en bas sur la ligne médiane du nez et de la lèvre supérieure; au besoin il faisait, en outre, une petite incision allant du dos du nez à l'angle interne de l'œil. Actuellement, lorsqu'on n'a pas à enlever des parties du nez lui-même, on déplace latéralement l'incision; celle-ci commence alors au niveau de l'angle interne de l'œil, suit le bord latéral du nez, contourne l'aile de ce dernier, et enfin divise verticalement la

1. L'incision de LANGENBECK a la forme d'un demi-cercle, et commence à la limite entre les portions osseuse et cartilagineuse du nez pour se terminer à l'os malaire. La partie la plus inférieure de la convexité de l'arc décrit par le bistouri doit se trouver à la hauteur d'une ligne menée de l'orifice nasal au lobule de l'oreille. MOSELIG-MOORHOF (Handbuch der chirurgischen Technik) préfère ce procédé d'incision à tous les autres. D'après cet auteur, l'incision menée le long du bord inférieur de l'orbite offre le double inconvénient de sacrifier le nerf sous-orbitaire et d'avoir plus tard pour conséquence un ectropion de la paupière inférieure.

(Note du traducteur.)

lèvre supérieure sur la ligne médiane. Si l'on est obligé de mettre à découvert l'os malaire, on pratique une seconde incision partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant le bord inférieur de l'orbite jusqu'à l'os en question<sup>1</sup>.

L'incision le long du bord inférieur de l'orbite est indispensable lorsqu'on a affaire à des tumeurs volumineuses. Mais elle a aussi ses inconvénients. Ainsi, lorsque la tumeur s'est déjà étendue jusque sous la peau, on se trouve avoir ensuite à réunir des lambeaux très minces; en outre la suture cède facilement, surtout au point de convergence des deux incisions, et l'écartement des bords de la plaie retarde alors naturellement la guérison.

Les incisions faites, on détache les parties molles de la face antérieure du maxillaire. Si le périoste est tout à fait sain, on le décolle de l'os à l'aide d'une rugine de façon à le comprendre dans le lambeau, mais s'il est altéré ou simplement suspect, on le laissera fixé à l'os qu'il s'agit d'enlever. Il est aussi très avantageux de conserver le revêtement muco-périosté de la portion palatine du maxillaire pour le fixer par des sutures à la plaie de la joue une fois l'opération terminée, car ainsi se trouve constituée une cloison séparant les cavités nasale et buccale; mais on n'hésitera pas à renoncer à cet avantage si l'on soupçonne que le lambeau palatin n'est pas tout à fait sain. Pour détacher le périoste de la voûte palatine on fait une incision en arc de cercle le long de la face interne du rebord alvéolaire, et à l'aide de la rugine et de l'élévatoire, on décolle de la surface osseuse du palais la couche de parties molles dans toute son épaisseur. Ce décollement peut être pratiqué immédiatement ou seulement après que l'on a divisé avec la scie le rebord alvéolaire et l'apophyse palatine du maxillaire.

On procède ensuite à la section des os. Encore aujourd'hui on se sert dans ce but, soit du ciseau et du maillet suivant la méthode primitive de GENSOUL, soit des pinces incisives ou cisailles de LISTON; enfin la scie à chaînette peut être aussi employée en même temps que ces instruments. Cependant, en Allemagne, on se sert en général de préférence de la scie pointue de LANGENBECK. Cet instrument, lorsqu'on sait s'en servir convenablement, présente sur les autres moyens de diérèse l'avantage de produire une section bien nette de l'os tout en ne causant que des lésions accessoires minimes.

1. Dans son Précis de manuel opératoire, FARABEUF donne aussi la préférence à l'incision anguleuse qui, dans sa partie horizontale, longe le bord inférieur de l'orbite, et dans sa partie descendante vient raser l'aile du nez et couper la lèvre supérieure soit verticalement (BLANDIN), soit en contournant la narine pour descendre sur la ligne médiane (LISTON). Ces incisions respectent le canal de Sténon et les principaux filets du facial.

(Note du traducteur.)