

Après avoir extrait une dent à la limite du tissu malade ou à côté de la ligne médiane, on divise d'abord l'apophyse montante à l'aide de la scie pointue à travers l'ouverture antérieure des fosses nasales. Dans la plupart des cas on laisse en place une partie de cette apophyse, car on pratique généralement la section au-dessous du sac lacrymal dans la direction de l'orbite. Après avoir détaché le périoste du plancher de l'orbite, on dirige le trait de scie un peu en bas et en dehors, à travers la paroi orbitaire du maxillaire. Une fois arrivé sur l'os malaire, suivant l'étendue de la partie malade, on se décidera soit à pratiquer la section au niveau de l'insertion de cet os sur l'apophyse correspondante du maxillaire, soit à enlever également la plus grande partie de l'arcade zygomatique. Dans le premier cas on prolonge directement le trait de scie de l'orbite vers la fente sphéno-maxillaire, après avoir détaché le périoste à ce niveau, puis on enfonce le bout pointu de la lame dans l'extrémité antérieure de la fente en dirigeant l'instrument en dehors et en bas, et l'on divise l'os d'arrière en avant et de dedans en dehors, tout en protégeant les parties molles à l'aide du doigt appliqué sur la joue. S'il est nécessaire, par contre, d'enlever également l'os malaire, on commence par diviser son apophyse frontale par un trait de scie partant de la fente sphéno-maxillaire pour se diriger en dehors, puis on pratique la section de son prolongement temporal qui contribue à former l'arcade zygomatique. Enfin vient le dernier trait de scie; l'instrument étant introduit dans l'ouverture antérieure des fosses nasales on divise le rebord alvéolaire et la voûte palatine sur la ligne médiane. Le revêtement muco-périosté a été préalablement incisé, ou bien on l'a détaché de la voûte osseuse par une incision pratiquée le long du rebord alvéolaire, et à l'extrémité postérieure de cette incision on l'a divisé à son point d'union avec le palais mou. Si l'on veut conserver la couche muco-périostée, on peut aussi, après l'avoir décollée, introduire la scie entre l'os et le périoste, et pratiquer la section de bas en haut, en ayant soin d'introduire un doigt dans la bouche pour protéger en arrière les parties molles. Alors même que l'on aurait été forcé de sacrifier le revêtement du palais du côté malade, on peut encore, par une opération uranoplastique ultérieure, décoller la membrane muco-périostée du côté sain et la réunir à la muqueuse de la joue, que l'on a également détachée et mobilisée (LANGENBECK).

Le maxillaire est ensuite luxé par une pression et une traction énergiques dirigées de haut en bas. Le plus souvent il se brise en avant de l'apophyse ptérygoïde, ou bien il emporte avec lui une portion de cette dernière. Pour saisir l'os et lui imprimer les mouvements destinés à le luxer, il convient de se servir d'un fort davier. Si par des tractions on ne réussit pas à séparer le maxillaire de l'apophyse ptérygoïde, on a recours à la pince de Liston. On divise ensuite avec des ciseaux les parties molles postérieures à l'os enlevé, la seconde branche du trijumeau et ses ramifications, ainsi que le palais mou s'il ne peut être conservé. Ce temps de l'o-

pération peut s'accompagner d'une hémorragie artérielle (sous-orbitaire et sphéno-palatine). La ligature de ces vaisseaux ne présente, du reste, aucune difficulté grâce à l'espace considérable laissé par le maxillaire. — On termine l'opération par le lavage de la plaie, la réunion du revêtement palatin (s'il a pu être conservé) à la muqueuse de la joue, et enfin la suture de la plaie cutanée. Les parties molles, en se reportant fortement en dedans, forment un appui suffisant pour l'œil, et la grande cavité résultant de la résection se ferme avec une rapidité surprenante. Par l'application d'un obturateur palatin muni d'une rangée de dents on peut faire disparaître presque entièrement la déformation qui est la conséquence de l'opération.

Si l'on préfère employer la scie à chaînette pour les sections osseuses, on commence par perforer l'os unguis, puis on introduit un stylet aiguillé que l'on fait sortir par le nez, entraînant à sa suite la scie en question: on peut alors diviser l'apophyse montante du maxillaire. On passe de la même manière l'instrument de la fente sphéno-maxillaire autour de l'os malaire. Enfin, à l'aide d'un stylet aiguillé ou de la sonde de Belloc, on conduit la scie à chaînette autour du palais dur par une boutonnière pratiquée au palais mou, et l'on fait sortir par le nez l'extrémité de l'instrument; on peut alors diviser la voûte palatine et le rebord alvéolaire.

La **résection totale des deux maxillaires** a été pratiquée également plusieurs fois¹, et elle n'a pas donné de trop mauvais résultats puisque sur 15 opérés 3 seulement ont succombé. Sauf quelques légères modifications, le procédé opératoire est le même que dans la résection unilatérale. On peut faire de chaque côté une incision partant de la commissure buccale pour se terminer au niveau de l'arcade zygomatique, ou bien on pratique une incision sur la ligne médiane. Après avoir détaché les parties molles de la surface des maxillaires on pratique les sections osseuses d'après l'un des procédés décrits plus haut, avec la différence que l'on ne divise pas le palais osseux et le rebord alvéolaire; en outre, à l'aide de ciseaux ou d'une pince de Liston, on opère la section du vomer, ce qui permet de détacher le maxillaire du squelette osseux du nez.

§ 100. — Les **résections partielles** du maxillaire supérieur sont importantes en ce sens qu'elles n'entraînent pas des désordres aussi considérables et qu'elles ont un bien meilleur pronostic; aussi doit-on les préférer aux résections totales toutes les fois que le permet l'étendue de la tumeur.

1. D'après JOHN ASHHURST (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, IV, p. 673), l'ablation de la plus grande partie des deux maxillaires supérieurs a été pratiquée pour la première fois par ROGERS, de New-York, en 1824; mais la première opération complète de ce genre a été faite par HEYFELDER l'ancien, vingt ans plus tard. (Note du traducteur).

Pour les carcinomes épithéliaux du maxillaire supérieur il est à conseiller, d'une manière générale, de ne pas se contenter de résections partielles. Pour ma part je n'en ai guère obtenu que de mauvais résultats, même dans des cas où je croyais opérer dans des tissus tout à fait sains. Lorsque ces tumeurs ont envahi l'os et la muqueuse qui le recouvre, leurs limites sont très difficiles à déterminer avant l'opération, et ne peuvent même être reconnues facilement dans le cours de cette dernière. Dans la règle elles s'étendent plus loin qu'on ne le suppose, et l'on ne s'en aperçoit qu'après l'opération, lorsqu'on procède à l'examen microscopique des parties enlevées. En général les résections partielles devront donc être réservées pour les formes de néoplasmes ayant un pronostic plus favorable.

Ainsi lorsqu'on a réussi à reconnaître l'existence d'une tumeur du périoste limitée à la paroi antérieure du sinus, ou d'une tumeur développée dans cette cavité et pouvant être extirpée (un fibrome par exemple), on pourra se contenter d'une résection de la paroi antérieure de l'antra d'Highmore. Si le néoplasme est peu volumineux, on peut pratiquer cette résection par la bouche; mais s'il présente des dimensions plus considérables, on fera une incision courbe allant de l'aile du nez à l'arcade zygomatique (V. LANGENBECK), ou une incision partant de l'angle interne de l'œil, contournant l'aile du nez et divisant la lèvre supérieure sur la ligne médiane. Il est bon de conserver le périoste avec les parties molles toutes les fois que la chose est possible; puis on introduit la scie pointue au niveau de l'angle inférieur de l'orifice antérieur des fosses nasales, et l'on divise la paroi antérieure du sinus le long des racines dentaires; lorsqu'on est arrivé tout à fait en arrière, on dirige le trait de scie en haut vers le bord inférieur de l'orbite que l'on respecte si possible; enfin on divise la paroi osseuse au-dessous de ce bord ainsi que l'apophyse montante, de façon à arriver sur l'angle supérieur de l'orifice antérieur des fosses nasales.

L'ablation de petites portions du rebord alvéolaire, dans les cas de tumeurs d'un faible volume, peut être pratiquée par la bouche à l'aide de pinces incisives droites ou coudées; on se servira également avec avantage soit du ciseau, soit de la scie pointue. On peut enlever la partie antérieure du rebord alvéolaire de la façon suivante: on détache du maxillaire la lèvre supérieure et la partie inférieure du nez, on décolle la couche muco-périostée du plancher des fosses nasales, et, à l'aide de la scie pointue, on pratique de chaque côté une section de l'os partant de l'ouverture des fosses nasales et se dirigeant en dehors et en bas jusqu'au delà des limites de la partie malade. Enfin, au moyen de cisailles ou de la scie, on divise la cloison et le vomer.

S'agit-il de réséquer des portions plus considérables du rebord alvéolaire, on se servira avec avantage de l'incision semi-lunaire de LANGENBECK, laquelle, nous l'avons vu, s'étend de l'aile du nez à l'os ma-

laire. Puis on enlèvera la partie osseuse malade à l'aide de la scie, du ciseau et du maillet, ou des cisailles de Liston, en respectant autant que possible le revêtement muco-périostal de la voûte palatine.

Pour les résections partielles le ciseau de sculpteur est en général préférable à la scie pointue de LANGENBECK. Avec cet instrument on peut, sans incision préalable, enlever par la bouche des fragments osseux considérables du rebord alvéolaire sans causer une perte de sang de quelque importance. Dans les opérations plus considérables avec incision des téguments, le ciseau est également d'une grande utilité; lorsqu'on sait s'en servir, on peut diviser l'os dans n'importe quelle direction et quelle étendue comme on le ferait avec un bistouri.

Dans toutes les résections un peu considérables du rebord alvéolaire on ne peut éviter d'ouvrir la cavité nasale ou le sinus maxillaire. On devra donc fermer ultérieurement la perte de substance et corriger la déformation résultant de l'opération au moyen d'un obturateur palatin, lequel sera, si possible, muni de dents. Dans certains cas ce but peut être immédiatement atteint par une opération uranoplastique.

Pour terminer cette étude des opérations partielles intéressant le maxillaire supérieur, nous renvoyons le lecteur à notre description des résections temporaires dans les cas de tumeurs de la cavité naso-pharyngienne.

§ 101. — Dans le traitement consécutif des résections du maxillaire supérieur on devra tout d'abord se préoccuper de la possibilité d'une hémorragie secondaire.

Pour le cas où l'on aurait fait usage de la canule-tampon, nous conseillons de la laisser à demeure pendant le premier jour qui succède à l'opération. Il serait sans doute avantageux de maintenir le tamponnement de la trachée pendant la période de suppuration, afin de prévenir l'introduction dans les bronches de liquides putrides et de substances infectieuses, entraînés par le courant d'air qui se produit dans la bouche pendant l'inspiration. Mais, d'un autre côté, l'emploi prolongé de la canule est très gênant pour le malade, et il est préférable, dans les cas où l'on en fait usage, de ne pas la laisser trop longtemps à demeure après l'opération. Du reste, en général, il ne se produit pas de suppuration si l'on a soin de bourrer la plaie de résection avec de la gaze iodoformée, et dans ces derniers temps nous avons presque toujours pu, grâce à ce traitement, enlever la canule aussitôt après l'opération.

Ce sont les complications du côté de l'appareil respiratoire qui constituent le principal danger à la suite des résections du maxillaire; ce sont elles qui emportent un grand nombre de malades à la suite d'opérations intéressant soit les maxillaires, soit les cavités buccale, nasale et pharyngienne. En effet, par suite de la pénétration de corps étrangers