

que assez riche pour permettre d'apprécier les dangers de ces résections.

O. WEBER, qui a réuni ses propres observations à celles qui ont été publiées par différents auteurs (en tout 486 cas), a trouvé une mortalité de 5,9 0/0 pour les résections non pénétrantes, de 18,7 0/0 pour les résections pénétrantes, et de 23,5 0/0 pour les résections avec désarticulation unilatérale. Sur 20 cas de résection totale, un seul s'est terminé fatalement; on comprend que l'on ait obtenu un résultat aussi favorable si l'on songe que ces opérations ont été presque toutes pratiquées dans des cas de nécrose du maxillaire.

La mortalité de toutes les opérations pratiquées dans le but de mettre fin à une nécrose ou à une carie du maxillaire, s'élève à environ 5,5 0/0.

Parmi les causes de mort, nous signalerons surtout la pyémie, le phlegmon, l'érysipèle et l'affaiblissement général du malade; 4 opérés ont succombé à l'asphyxie (*Voir plus loin*). Cette statistique perd naturellement toute sa valeur depuis que l'on a appris à traiter antiseptiquement, jusqu'à un certain point, les plaies résultant d'une résection des maxillaires.

§ 107. — Dans notre étude des **fractures compliquées**, et surtout des fractures par armes à feu, du maxillaire inférieur, nous avons déjà dit que l'on devait restreindre autant que possible les résections, si souvent pratiquées autrefois dans ces cas. STROMEYER a maintenu l'indication de la résection basée sur la lésion de l'artère dentaire inférieure dans les cas de fractures comminutives de l'angle de la mâchoire, afin d'assurer l'hémostase par la ligature de ce vaisseau. Si l'on fait abstraction de cette complication, l'opérateur devra se contenter, autant que possible, d'extraire les fragments nécrosés. Dans les opérations de cette dernière catégorie, et surtout aussi lorsqu'il s'agit d'une nécrose phosphorée, le chirurgien devra s'efforcer de respecter le plus possible le cal déjà formé ainsi que le périoste, car il peut alors espérer de voir se former dans la suite de nouvelles couches osseuses qui viendront remplacer la portion enlevée du maxillaire.

Cette conservation du périoste doit être tentée également, autant que faire se peut, dans les cas, beaucoup plus fréquents, de résections pratiquées pour cause de **tumeurs**. Mais lorsque le périoste est malade, on est assez souvent obligé d'enlever encore d'autres parties molles voisines; et si, lorsque le périoste est sain, on ne saurait pousser trop loin sa conservation, d'autre part, s'il est suspect, on devra sacrifier largement les parties molles envahies par le néoplasme.

L'**anesthésie par le chloroforme** n'offre pas d'aussi grands dangers dans les résections du maxillaire inférieur que dans celles du maxillaire supérieur (*Voir* § 98). On fait prendre à l'opéré, autant que possible, la position assise; lorsqu'un écoulement sanguin un peu abondant se produit dans la bouche, on fait incliner la tête en avant, et à l'aide d'éponges montées, on enlève le sang épanché. Ce n'est que dans les cas de

tumeurs très étendues que pourrait se poser l'indication d'une trachéotomie préalable, mais cette dernière opération peut être difficile ou impossible à cause de l'extension du néoplasme du côté du cou. Si l'on n'a pas à redouter à un haut degré le danger de suffocation par l'écoulement du sang dans les voies respiratoires, par contre certaines résections du maxillaire inférieur exposent l'opéré à l'asphyxie par le **retrait de la langue et l'occlusion de la glotte par l'épiglotte**, qui vient se placer au-dessus d'elle. En effet, lorsque dans les résections de la partie moyenne du maxillaire, on a détaché de la face postérieure de l'os, les muscles qui s'y insèrent (génio-glosse et génio-hyoïdien), on voit dans certains cas la langue retomber aussitôt vers la paroi postérieure du pharynx, et l'épiglotte vient alors se placer sur l'orifice supérieur du larynx. Cet accident est favorisé par le renversement de la tête en arrière, mouvement qui porte en avant le corps des vertèbres cervicales supérieures; il peut survenir d'ailleurs, soit immédiatement après l'opération, soit au bout de quelques jours seulement. On connaît un certain nombre de cas de mort par la chute de la langue en arrière, et l'on en a même publié quelques-uns dans ces dernières années (SZYMANOWSKY, DEMARQUAY). On ne sait pourquoi cet accident survient dans un cas et non dans l'autre; mais ce qui est certain, c'est que le retrait de la langue est dû à la contraction des muscles antagonistes de ceux dont on a détaché les insertions (hyoglosse, stylo-hyoïdien, stylo-glosse). Ce fait a été prouvé d'ailleurs par les expériences de SZYMANOWSKI. STROMEYER compare avec assez d'à-propos ces contractions qui produisent le retrait de la langue, aux spasmes musculaires qui surviennent dans le moignon d'un membre amputé¹.

Pour obvier au danger d'asphyxie dont nous venons d'indiquer la cause, on aura soin, naturellement, d'attirer la langue en avant. On a conseillé dans ce but de passer, avant l'opération, un fil à travers le frein de la langue, ou mieux encore, nous semble-t-il, à travers la langue elle-même. On n'obtient pas toujours, par ce procédé, le résultat désiré. Il faut alors introduire le doigt jusqu'en arrière de l'épiglotte, et ramener celle-ci en avant en même temps que la langue. Si l'on avait omis de passer un fil à travers cette dernière, on aurait soin de laisser auprès de l'opéré, pendant les premiers jours, un aide toujours prêt, en cas d'accident, à saisir et à attirer la langue à l'aide d'une pince à crémaillère, ou, au besoin, par l'introduction du doigt en arrière de l'épiglotte. Enfin vient, comme dernière ressource, la trachéotomie. Du

1. D'après DUPLAY (*Pathol. ext.*, IV, p. 773), il s'agit, dans certains cas, d'un véritable refoulement de la langue. 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 que l'on sépare les fragments.

(Note du traducteur.)

reste, on peut assez souvent prévenir cet accident consécutif à l'opération par une suture convenable, par la réunion de la muqueuse linguale avec les téguments de la joue et de la lèvre inférieure.

§ 108. — Dans notre étude des différentes formes de tumeurs du maxillaire, nous avons déjà indiqué dans quels cas on peut se contenter de résections partielles non pénétrantes, sans s'exposer au danger d'une récidive. Si l'on se rappelle les détails dans lesquels nous sommes entré à ce propos, on en conclura que la résection périphérique ne se trouve que rarement indiquée, abstraction faite des tumeurs du rebord alvéolaire. Les petites tumeurs, telles que fibromes, kystes, exostoses, implantées sur le maxillaire, peuvent être enlevées à l'aide du bistouri, du ciseau ou de la pince incisive de Luer. Lorsqu'on a pratiqué l'ablation de tumeurs circonscrites et de consistance molle, on fait bien de cautériser ensuite avec le chlorure de zinc leur base d'implantation.

La **résection du rebord alvéolaire**, lorsqu'il s'agit de la partie antérieure de ce dernier, peut être pratiquée par la bouche, mais on ne devra cependant pas pousser trop loin le respect dû aux parties molles. Pour les résections d'une certaine étendue, ROSER a conseillé de faire, entre la lèvre inférieure et le bord inférieur du maxillaire, une incision parallèle à ce dernier; on peut alors refouler en haut la lèvre et la partie des joues située au-dessus de l'incision. Dans les résections de quelque importance, l'excision de l'os se fait soit avec la gouge et le maillet, soit avec une scie cutellaire: deux sections verticales reliées par une troisième parallèle au rebord du maxillaire, permettent d'enlever la partie malade de l'os. Lorsqu'il ne s'agit de réséquer qu'une petite portion de l'os, on arrive plus rapidement au but à l'aide de cisailles.

Résection dans la continuité.

§ 109. — La résection de la partie moyenne du maxillaire, lorsque l'affection ne s'étend pas au delà des canines, peut être pratiquée par la bouche une fois que l'on a détaché de l'os et attiré en bas sur le menton les parties molles correspondantes (MALGAIGNE). Nous ne pouvons conseiller cette méthode qui, en effet, ne permet pas aux liquides sécrétés dans la bouche de s'écouler librement à l'extérieur pendant la guérison de la plaie. Le procédé le meilleur est celui qui consiste à pratiquer une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, à moins que l'état des parties molles n'oblige le chirurgien à adopter une autre direction. On peut prolonger à volonté l'incision d'un seul côté ou dans les deux directions opposées, et lui donner une longueur variable, suivant que l'on veut enlever seulement la partie de l'os située en avant des canines ou étendre la résection jusque dans la région des grosses molaires. Quant aux incisions de la lèvre, elles doivent être absolument rejetées, à moins qu'on ne soit forcé d'y avoir recours à cause de l'envahissement des parties molles par la néoplasme.

L'incision le long du bord inférieur du maxillaire doit être faite d'un seul temps jusque sur l'os. Avant de pratiquer cette incision dans toute sa longueur, V. LANGENBECK commence par enlever deux dents à la limite de la partie malade, puis fait deux petites incisions cutanées à la limite de la portion de l'os qui doit être réséquée. Grâce à ces incisions on peut alors, à l'aide du bistouri et de la rugine, détacher les parties molles des deux faces de l'os, et pratiquer avec la scie pointue une double section de ce dernier, avant que de séparer les parties molles dans toute l'étendue de leurs adhérences avec le segment du maxillaire que l'on se propose d'enlever.

A l'aide du bistouri et de la rugine, on détache ensuite de bas en haut le périoste des deux faces de l'os jusqu'au niveau des dents, et, avant de pratiquer la section de l'os, on passe un cordonnet à travers la langue. La division de l'os est opérée de dedans en dehors à l'aide de la scie à chaînette ou de la scie pointue. Puis on enlève le fragment osseux après avoir détaché les adhérences qui peuvent encore exister. On procède ensuite à l'hémostase.

Les principaux vaisseaux qui peuvent donner du sang sont l'artère dentaire inférieure, ainsi que la faciale dans les cas de résection médiane s'étendant assez loin en arrière. L'hémorragie provenant de l'artère dentaire inférieure peut être arrêtée par l'introduction dans le canal dentaire de la pointe d'un cautère chauffée au rouge, ou d'un petit fragment d'éponge que l'on laisse à demeure.

La résection de la partie moyenne du maxillaire ou d'une portion de cet os située plus ou moins latéralement, entraîne naturellement une déformation très prononcée de la face; en effet, les parties molles du menton n'ont plus de point d'appui, et les parties latérales du maxillaire peuvent subir des déplacements considérables. Parfois celles-ci sont fortement attirées en dedans.

Nous avons déjà mentionné plus haut les tentatives faites par DIEFFENBACH dans les cas d'enchondrome pour prévenir les déformations que nous venons de signaler; nous avons dit que ce chirurgien laissait subsister dans ces cas une portion de tumeur ayant à peu près la forme du maxillaire, et en attendait l'ossification. Vu la rareté de l'enchondrome, on n'aura pas souvent l'occasion de mettre en pratique le procédé de DIEFFENBACH; d'ailleurs, on sera presque toujours obligé d'y renoncer par crainte d'une récidive. Dans les résections de la portion moyenne du maxillaire, RHÉA BARTON imagina de laisser intact, au niveau du bord inférieur de ce dernier, un pont de tissu osseux destiné à maintenir la continuité de l'os; ce procédé que LANGENBECK employa plus tard aussi dans d'autres cas, ne saurait être que rarement utilisé, car la malignité et l'extension de la plupart des tumeurs en rendent l'application le plus souvent impossible. Mais on ne devra jamais négliger de s'en servir lorsqu'on en aura reconnu la possibilité. Ainsi LANGENBECK dans un cas de fibro-sarcome du côté gauche, pratiqua la résection