

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

de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, y compris l'apophyse coronéide, mais respecta l'articulation temporo-maxillaire ainsi qu'une bandelette osseuse n'ayant que l'épaisseur du dos d'une lame de couteau et correspondant au bord inférieur de la branche horizontale et postérieure de la branche montante de l'os. La guérison s'opéra, paraît-il, sans laisser aucune altération notable de la forme et des mouvements du maxillaire.

Lorsque, après une résection, les parties du maxillaire laissées intactes sont encore pourvues de dents, on peut très bien les relier au moyen d'une pièce prothétique, et même dans les cas où les dents font entièrement défaut, on peut également avoir recours à la prothèse en reliant la pièce destinée au maxillaire inférieur à une plaque fixée au maxillaire supérieur.

Désarticulation d'une moitié du maxillaire inférieur.

§ 410. — En règle générale l'incision des parties molles devra être, ici également, pratiquée le long du bord inférieur du maxillaire, puis le long du bord postérieur de la branche montante jusqu'à l'oreille. Mais autant que possible on ne prolongera pas d'emblée l'incision verticale jusqu'au niveau de l'articulation, car on serait alors obligé de diviser immédiatement la parotide et le nerf facial; on arrêtera donc cette incision à la hauteur du bord inférieur du lobule de l'oreille. Dans les cas de tumeurs volumineuses ou ayant contracté des adhérences avec la peau, d'autres incisions peuvent être nécessaires; ainsi, il est parfois avantageux de faire une incision partant de l'extrémité antérieure de la première, au niveau du menton, pour s'élever verticalement vers le rebord de la lèvre ou la commissure buccale. (LANGENBECK, ici encore, commence par diviser le maxillaire à la limite de la partie malade.)

Après avoir fait les incisions de la peau, on détache les parties molles de la tumeur, et l'on décolle également le périoste dans les cas où ce dernier est sain et peut être conservé. Ce décollement du périoste est pratiqué d'abord à la face antérieure de l'os, et l'on a soin de maintenir cette membrane en relation avec les muscles qui s'y insèrent; peu à peu, on reloule ainsi toute la joue de bas en haut et on la maintient dans cette position. Lorsqu'en raison du volume modéré de la tumeur au niveau de l'articulation, on a pu épargner la parotide et le nerf facial, on les détache également pour les attirer en haut. On scie ensuite l'os à la limite de la partie malade, et l'on décolle les parties molles de la face interne de la même manière qu'à la face externe, c'est-à-dire en conservant le périoste lorsqu'il est intact; s'il est malade, on détache simplement les parties molles de la surface de la tumeur, à l'aide de ciseaux ou d'un bistouri boutonné. On sépare d'abord les insertions du digastrique, du génio-hyoïdien et du mylo-hyoïdien, on décolle le périoste de la branche horizontale, puis de la branche montante, et attirant de plus

en plus le maxillaire en bas et en dehors, on fait apparaître l'apophyse coronéide au niveau de laquelle on divise l'insertion du tendon du muscle temporal.

W. BUSCH fait remarquer à ce propos que lorsqu'on s'est contenté d'une petite incision des parties molles, de façon à respecter le nerf facial, il est plus facile de diviser l'apophyse coronéide avec la pince de Liston que de sectionner le tendon du muscle temporal. On peut alors enlever plus tard l'apophyse coronéide restée fixée au muscle.

La section du tendon du temporal est pratiquée à l'aide d'un bistouri boutonné ou des ciseaux de Cooper, avec la précaution d'introduire le doigt pour guider l'instrument; puis, le maxillaire étant attiré davantage en dehors, on divise également l'insertion du ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux dentaires inférieurs et le nerf de même nom. Il ne reste plus alors qu'à détacher l'insertion du ptérygoïdien externe sur le col du condyle du maxillaire. La capsule articulaire est ouverte par une incision pratiquée perpendiculairement sur le condyle, puis, à l'aide du bistouri, on divise tout près de l'os les insertions ligamenteuses, pendant que l'on continue à imprimer au maxillaire un mouvement d'abduction et de torsion.

Si l'on opère de la manière que nous venons d'indiquer, en ayant soin de pratiquer toujours les incisions directement sur l'os, il devient tout à fait superflu de lier préalablement la carotide comme on le faisait autrefois. La faciale et la dentaire inférieure sont, en effet, les seules artères divisées dans le cours de l'opération; la maxillaire interne et l'artère transverse de la face peuvent être parfaitement évitées, et si elles venaient à être blessées, il serait facile de les lier pendant que l'on comprimerait la carotide¹.

La méthode antiseptique est certainement aussi applicable aux résections du maxillaire inférieur. On cherchera préalablement à rendre aseptique, autant que possible, tout le champ opératoire, c'est-à-dire aussi bien la cavité buccale que la surface cutanée. S'il s'agit seulement d'une résection du rebord alvéolaire, on peut parfois, l'opération terminée, réunir la muqueuse de la face postérieure avec celle de la face antérieure du maxillaire (muqueuse du plancher buccal et muqueuse de la joue ou de la lèvre), après avoir saupoudré et frotté d'iodoforme les

1. Si l'on avait à pratiquer l'ablation de la totalité du maxillaire inférieur, on ne s'y prendrait pas autrement que pour enlever la moitié de cet os, car la section dans la région du menton s'impose dès que la dénudation de l'os est terminée. On détachera les parties molles le plus loin possible en tous sens avant d'ouvrir la cavité buccale, puis on enlèvera successivement et prestement les deux moitiés du maxillaire séparées par le trait de scie (Farabeuf, *Précis de manuel opératoire*). Cette opération a été pratiquée pour la première fois par BOCCA (1842).

(Note du traducteur).