

dans la plaie n'a pas produit d'os et n'en pouvait pas produire, car autrement il eût été rationnel d'en pratiquer l'excision.

L'opération terminée, les os sont rapprochés et mis autant que possible en contact. Dans le cas où la perte de substance a été très-considérable, les chairs seules remplissent la plaie et établissent des adhérences de continuité. Les réunions immédiates partielles conviennent à la plupart des résections, et si l'emploi du cautère actuel ou l'engorgement profond des tissus rendent la suppuration inévitable, il faut encore affronter les téguments, et en empêcher la rétraction et le renversement, en donnant une issue facile au sang, à la sérosité et au pus.

Les sutures à points séparés et entortillés sont les plus employées. Quelquefois on emprunte des lambeaux tégumentaires aux régions voisines, pour couvrir des pertes de substances qu'il serait autrement impossible de fermer.

L'immobilité est une des conditions nécessaires de la guérison, comme elle l'est de toute plaie; aussi faut-il maintenir les parties dans un bandage à bandelettes séparées, et les entourer d'attelles de carton, de bois ou de plâtre, ou mieux encore, si la résection a été faite sur un membre, placer ce dernier dans une gouttière de fer-blanc, dont les bords, rendus mobiles à volonté par des articulations en charnières, permettent de procéder chaque jour au pansement, sans ébranlement ni secousse. On a quelquefois remplacé ces gouttières par des appareils inamovibles fenêtrés. Dans ces derniers temps, MM. Mitscherlich, Langenbeck, Herrgott ont appliqué des appareils plâtrés, imbibés d'une solution de résine de dammar dans l'éther, pour les rendre inaltérables. On a pu ainsi combiner l'inamovibilité et les bains continus; sans être partisan de ces derniers, nous soutenons que les lotions aromatiques peuvent rendre de précieux services.

Le traitement est celui des plaies suppurantes. L'ankylose par fusion des os en contact est la terminaison la plus désirable pour les membres inférieurs, et on l'obtient en maintenant l'immobilité jusqu'à la consolidation osseuse; tandis que dans le cas où l'on veut produire une fausse articulation, aux jointures des membres supérieurs par exemple, on imprime quelques mouvements aux parties, dès que la consolidation commence, et l'on détermine ainsi la production d'un tissu fibreux intermédiaire. Ces mouvements exigent de grandes précautions, pour éviter une irritation trop vive.

Les accidents à redouter, après les résections, sont les mêmes que ceux des amputations et des fractures comminutives. La réaction inflammatoire n'est pas toujours très-vive et s'apaise assez promptement. Les trajets fistuleux peuvent dépendre des portions osseuses

cariées ou nécrosées laissées dans la plaie, de la sécrétion de la synovie dans le cas d'une résection articulaire partielle, de la présence d'un tendon, d'un ligament, d'un fibro-cartilage exfoliés, et de l'état des tissus. Cette simple énumération suffit à l'indication des moyens curatifs à employer. Dans un certain nombre de cas, où la carie s'était reproduite sur les fragments réséqués, on a répété l'opération une seconde et même une troisième fois. C'est ainsi que MM. Trichsen et Langenbeck ont réussi à sauver des membres sur lesquels ils avaient déjà pratiqué inutilement deux résections successives (coude). M. Fergusson a obtenu un succès semblable au genou. Dans d'autres cas, l'immobilité prolongée, un changement d'air, l'emploi d'eaux minérales ou thermales, salines ou sulfureuses, ont amené des guérisons inattendues.

#### RÉSECTIONS DES OS DU TRONC.

**Tête.** La trépanation est un mode de résection spécial, dont les principales applications sont au crâne, au sinus maxillaire, au rachis, au sternum, et à quelques autres os, exceptionnellement. Nous y consacrerons un chapitre particulier. (Voy. *Trépanation.*)

**Résection de la mâchoire supérieure. Face. Historique.** Les tumeurs du maxillaire supérieur en rendent parfois nécessaire la résection totale ou partielle. Cette opération, pratiquée par Siebold et par Deschamps au commencement du siècle, et déjà conseillée par Desault, ne fut cependant adoptée d'une manière générale qu'après que M. Gensoul l'eut perfectionnée et en eut étendu l'application en donnant un procédé simple et facile d'enlever le maxillaire en totalité, résection qu'il eut l'occasion de répéter huit fois sans perdre un seul de ses malades. Lizars fit également connaître trois succès, et tous les chirurgiens actuels ont suivi ces exemples avec des résultats variés, mais généralement heureux. Ces larges pertes de substance sont plus effrayantes que graves, et beaucoup de chirurgiens n'ont vu succomber, non plus que M. Gensoul, aucun de leurs opérés.

**Anatomie.** Les points de jonction du maxillaire supérieur avec les autres os de la face, quoique fort solides et parfaitement disposés pour soutenir les efforts dentaires, peuvent cependant être séparés avec assez de facilité. Ils sont au nombre de quatre, mais trois méritent particulièrement l'attention du chirurgien. L'un, en haut et en avant, constitué par l'articulation de l'apophyse montante du maxillaire avec le frontal, l'os du nez correspondant, l'un-

guis et l'éthmoïde ; le second, en haut et en dehors, dû à la rencontre du maxillaire avec l'os malaire, qui se joint à son tour à l'apophyse zygomatique et à l'angle orbitaire externe du frontal ; le troisième antéro-inférieur (voûte palatine), formé par la rencontre des deux maxillaires et des palatins ; le quatrième, tout à fait en arrière, avec l'apophyse ptérygoïde et le palatin, offre peu d'obstacles à l'opérateur.

De nombreuses branches vasculaires, provenant de l'artère maxillaire interne, se trouvent dans cette région, que le nerf maxillaire supérieur traverse. L'hémorrhagie peut être arrêtée par la ligature, le perchlorure de fer et le tamponnement, et le nerf sous-orbitaire est aisément coupé dans son trajet au travers de la paroi inférieure de l'orbite.

*Indications.* Les tumeurs cancéreuses, fibreuses, cartilagineuses développées dans l'antre d'Hygmore, les fosses nasales et l'arrière-bouche sont les causes les plus ordinaires des résections totales ou partielles, définitives ou temporaires, des maxillaires supérieurs. Nous reviendrons, avec de plus grands détails, sur cet important sujet, au chapitre des polypes naso-pharyngiens.

*Ablation totale. Procédés opératoires.* Les incisions extérieures doivent être faites de manière à circonscrire et à enlever les téguments altérés, en ménageant avec soin les parties saines, destinées à recouvrir ensuite la plaie et à contribuer à la fermer. Si la lésion n'a pas envahi les téguments, on a le choix entre les différents procédés conseillés pour mettre les os à nu.

Dans le cas où l'on excise seulement le rebord alvéolaire, soit avec des tenailles incisives, soit avec la scie, il suffit de relever fortement la lèvre supérieure et d'en détruire les adhérences buccales ; mais s'il faut porter les instruments plus haut, il est nécessaire d'entamer plus ou moins largement la joue.

*Procédé de M. Gensoul, 1827.* Une première incision verticale est pratiquée du grand angle de l'œil à la lèvre supérieure, que l'on divise au niveau de la dent canine. Une seconde incision part du bord externe de la première à la hauteur de la base du nez, et se termine à 0<sup>m</sup>,008 au devant du lobule de l'oreille ; enfin une dernière incision, commencée à 0<sup>m</sup>,012 en dehors de l'angle externe de l'orbite, est continuée presque verticalement de haut en bas jusqu'à l'extrémité auriculaire de la seconde, à laquelle on la réunit. La face est ainsi partagée en deux lambeaux, dont l'un, supérieur, peut être relevé vers le front, tandis que le second se renverse en bas et en arrière vers l'angle de la mâchoire.

Le maxillaire mis à découvert par la dissection des lambeaux, le chirurgien coupe l'arcade orbitaire externe et l'arcade zygomatique,

avec des ciseaux et un maillet ou la scie à chaîne introduite par la fente sphéno-maxillaire ; applique un large ciseau à l'angle interne de l'œil, et sépare l'apophyse montante du maxillaire de l'os du nez, de l'unguis et de la face orbitaire de l'éthmoïde ; porte le ciseau dans la bouche, sur l'articulation des maxillaires et des palatins, les écarte l'un de l'autre après avoir arraché les premières incisives, si la maladie n'en a pas amené la chute. L'os n'est plus maintenu que par l'apophyse ptérygoïde et l'orbitaire du palatin. On incise toutes les parties molles restées adhérentes aux surfaces osseuses, et l'on sépare avec soin le voile du palais. Le ciseau, dirigé d'avant en arrière et de haut en bas, sur le plancher de l'orbite, opère alors la section complète du nerf maxillaire supérieur, et donne un point d'appui suffisant pour ébranler et faire basculer l'os d'arrière en avant.

Le maxillaire ainsi enlevé avec l'os malaire, une partie de l'unguis, de l'éthmoïde et des palatins, laisse une large excavation, limitée en dedans par la cloison des fosses nasales, en dehors par le muscle buccinateur, en haut par les muscles droit supérieur et grand oblique de l'œil, le tissu adipeux de l'orbite, la lame criblée de l'éthmoïde, les sinus sphénoïdaux et l'apophyse basilaire, et communiquant en bas avec la bouche et en arrière avec l'isthme du gosier, que l'on aperçoit au-dessus du voile du palais.

On réunit la plaie par des points de suture et, bien que la difformité soit inévitable après de pareilles pertes de substances, elle est cependant beaucoup moindre qu'on ne serait tenté de le supposer.

Le procédé de Gensoul a donné naissance à de nombreuses modifications opératoires.

*Incision médiane et latérale interne.* Dieffenbach, Bauchet, Maisonneuve, Nélaton, Huguier ont divisé le nez et la lèvre supérieure sur la ligne médiane ou un peu en dehors du côté malade (voy. fig. 332), et continuant cette première incision vers l'angle interne de l'œil et au-dessous de la paupière (voy. fig. 324), ont disséqué et renversé en dehors et en arrière le grand lambeau quadrilatère comprenant toute la moitié de la face. On ne touche pas ainsi à la joue, mais on atteint très-difficilement l'articulation jugo-maxillaire ; aussi Syme et Maisonneuve ont-ils fait une seconde incision externe partant de la commissure.

*Incision tégumentaire unique latérale externe.* Regnoli, Lisfranc, Velpeau, Heyfelder, Syme, Langenbeck ont pratiqué, comme nous l'avons répété souvent, une seule incision latérale externe, partant d'un point de l'arcade zygomatique plus ou moins rapproché de l'angle externe de l'œil, et dirigée obliquement jusqu'à la commissure