

de la lèvre. On obtient ainsi deux lambeaux, l'un supérieur interne, renversé vers le nez, l'autre latéral interne. Nous faisons tomber l'incision à deux centimètres au-delà de la commissure, pour mieux



ES  
Fig. 332.

ménager cette dernière, dont la division correspondrait aux mouvements d'ouverture de la bouche et serait, par conséquent, mal placée. On coupe, dans ce procédé, le canal de Sténon et de nombreuses branches du nerf facial. On peut cependant ménager ces organes en rapprochant l'incision de la ligne médiane et la rendant oblique de haut en bas et de dehors en dedans, comme l'ont fait Lisfranc, Liston et Maisonneuve; mais les lambeaux sont plus diffi-

ciles à écarter. Liston a ajouté une incision transversale externe s'étendant vers la tempe, et Maisonneuve une incision interne descendant de l'angle interne de l'œil vers le milieu de la première incision.

*Procédé mixte.* M. Boeckel (voy. trad. du *Traité des résect.* de O. Heyfelder, p. 275) fait partir son incision du sac lacrymal, la dirige en bas à travers la lèvre, puis, de l'angle supérieur de la plaie, la conduit le long du rebord orbitaire inférieur jusqu'au milieu de l'os malaire. La paupière, la conjonctive oculaire, la joue, le nerf facial et le canal de Sténon ne sont pas blessés.

*Division des os.* Quel que soit le procédé adopté pour la division des parties molles, il convient de rejeter le maillet pour la séparation des trois articulations principales du maxillaire, et mieux vaut se servir d'une scie à guichet ou de la scie à chaîne. Cette dernière donne les résultats les plus nets, mais exige un peu plus de temps.

Au moyen d'un stylet flexible ou d'une aiguille à courbure un peu forte, comme l'indique M. O. Heyfelder, on fait passer l'instrument par la fente sphéno-maxillaire autour de l'os malaire, qui est divisé. Puis on perfore l'unguis et l'on fait sortir la chaîne par l'échancrure nasale pour scier l'apophyse montante; enfin une boutonnière au voile du palais permet de contourner le long du méat nasal inférieur et de la paroi buccale supérieure la voûte palatine, que l'on sépare avec le même instrument sur la ligne médiane. Il ne reste plus qu'à rompre le plancher de l'orbite avec le ciseau, après qu'on a coupé le nerf sous-orbitaire. On peut essayer d'écarter l'apophyse ptérygoïde de l'os palatin, en portant un ciseau

courbe derrière la dernière molaire; mais cette apophyse est habituellement brisée.

Dans les cas où la maladie ne s'étend pas aux parties molles, M. Langenbeck conserve le périoste de la voûte palatine et le détache depuis l'arcade jusqu'à la ligne médiane. Après l'extirpation du maxillaire, ce large lambeau mucoso-périostique est fixé à la joue et interrompt toute communication entre les cavités nasale et buccale. Ce procédé mérite d'être appliqué, quoiqu'il complique singulièrement l'opération et qu'il ne faille pas compter sur une régénération osseuse.

La conservation du périoste de la face antérieure du maxillaire n'offre que l'avantage très-minime de rendre le lambeau cutané un peu plus épais. M. Ollier a présenté ce procédé comme nouveau et comme étant capable d'amener la reproduction du maxillaire, mais M. O. Heyfelder l'avait déjà conseillé et appliqué, ainsi qu'on peut s'en assurer en consultant la traduction de M. Boeckel.

*Résections partielles.* Si l'altération était limitée, on se bornerait à une résection moins étendue. M. Michaux, 1843, s'était proposé de conserver l'arcade dentaire pour arriver aux polypes de la surface basilaire. A. Bérard, 1844, conseilla un procédé semblable. Huguier, 1850, l'exécuta, ainsi que Chassaignac en 1854. E. Desprez, 1857, Demarquay, 1857 (voy. fig. 333), Vallet (d'Orléans



ES

Fig. 333.

d.L.

d.L.

Fig. 334.

ES

Alph. Guérin, Arrachart (de Lille), 1859, (voy. fig. 334), Maisonneuve, 1860, décrivent aussi des résections partielles. (Voy. l'excellente Thèse de M. Robin Massé, Paris 1866, et notre chapitre *Des polypes naso-pharyngiens*). Dans cette voie, MM. Richet et Ollier ont enlevé le maxillaire en conservant l'os malaire et la portion de l'arcade dentaire soutenant les deux incisives. Les opérés ont été montrés à la Société de chirurgie, et ils étaient fort curieux

à comparer, M. Richet ayant déclaré qu'il croit inutile et dangereux de conserver le périoste, que M. Ollier avait détaché avec soin et auquel il attribuait la régularité de ses résultats. Le succès de M. Richet parut cependant plus complet.

On a depuis longtemps recommandé l'ablation partielle du sinus maxillaire, celle d'une portion de la hauteur ou de l'épaisseur de l'arcade dentaire, de la voûte palatine etc. Ces opérations, faites avec le ciseau, la scie ou le trépan, seront décrites, pour la plupart, à l'occasion des maladies qui les réclament. (Voy. *Polypes nasopharyngiens* et *Trépanation du sinus maxillaire* etc.)

#### Extirpation des deux maxillaires supérieurs.

M. J. F. Heyfelder osa le premier exécuter cette opération en 1844, et l'a répétée trois fois depuis cette époque.



Fig. 335.

Dieffenbach, Maisonneuve, Langenbeck, Esmarch l'ont imité. Sur onze opérés, cinq, dit-on, se rétablirent; deux succombèrent aux suites de l'opération; un périt d'apoplexie et trois autres moururent, au bout d'un temps variable, des progrès de leur affection. Une incision médiane, combinée à une plaie transversale, réunissant les commissures internes des yeux, a été le procédé le plus employé (voy. fig. 335). A la suite de cette opération, la difformité n'est pas très-considérable

et on peut recourir à l'emploi d'un obturateur.

#### Résections temporaires du maxillaire supérieur.

Toutes ont été entreprises pour faciliter l'ablation de polypes nasopharyngiens. Langenbeck, le premier, en 1859, détacha des os voisins, et luxa, sur le front, l'apophyse montante du maxillaire et l'os du nez correspondant.

*Procédé de M. Huguier.* M. Huguier (1860-1864) fendit la commissure buccale jusqu'au masseter, porta le bistouri au-dessus de l'aile du nez, le contourna, et divisa le milieu de la lèvre supérieure. Le lambeau ayant été relevé, un trait de scie horizontal sépara la tubérosité maxillaire de l'arcade dentaire au-dessus du plancher des fosses nasales. Un second trait de scie très-superficiel divisa d'avant en arrière la face supérieure de la voûte palatine, près de la cloison du nez. On coupa l'apophyse ptérygoïde avec un

sécateur, et le fragment dentaire du maxillaire, ainsi circonscrit, fut détaché du voile du palais et luxé dans la bouche, n'ayant plus d'autres points d'adhérences et de continuité vasculaire que la muqueuse et le périoste palatin sur la ligne médiane. L'os remis en place parut se consolider dans les deux cas, avec quelques nécroses partielles.

*Procédé de M. Langenbeck (Deutsche Klinik, 1861, n° 29).*

Une première incision, commencée à la base de l'aile du nez, fut dirigée horizontalement en dehors, puis en haut vers l'arcade zygomatique, où elle fut rejointe à angle obtus par une seconde incision, partie du sac lacrymal, et longeant le rebord orbitaire inférieur. Le lambeau cutané ne fut pas séparé de l'os subjacent, et l'opérateur ayant détaché le masseter de ses insertions supérieures, introduisit une scie à guichet dans la cavité nasale et divisa le maxillaire dans la direction de l'incision inférieure; coupa successivement l'arcade zygomatique, l'apophyse frontale de l'os malaire, le plancher de l'orbite, et renversa le fragment osseux en dedans et en haut. La voûte palatine et l'arcade dentaire restèrent intactes. Après l'opération, on remit les parties en place et on les maintint par des points de suture, mais il fallut un bandage compressif pour assurer la réunion.

Esmarch (de Kiel) paraît avoir répété la même opération.

*Procédé de M. J. Roux.* A la même époque, M. J. Roux (de Toulon) (*Gaz. des hôp.*, 1861) proposa d'écarter le maxillaire et l'os malaire en totalité, en divisant les points de jonction de ces os au travers de petites incisions cutanées; puis, séparant la voûte palatine sur la ligne médiane, il fit basculer le maxillaire en dehors. Ce procédé donne de bons résultats sur les sujets dont les os sont minces; autrement les lamelles osseuses qu'on n'a pas atteintes avec le ciseau résistent, et l'opération ne peut être achevée.

*Procédé de M. Boeckel.* Une première incision descend du sac lacrymal, à la base de la narine, d'où on la dirige en dehors, parallèlement au bord libre de la lèvre, jusqu'au masseter. Une seconde incision longe le rebord orbitaire jusqu'au milieu de la pommette et forme un large lambeau quadrilatère. L'apophyse montante est coupée avec la scie à chaîne, après la perforation de l'onguis. On introduit une scie à guichet dans la narine, et on sectionne horizontalement et en dehors la paroi antérieure externe du sinus maxillaire. Passant la scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire, on la fait ressortir par l'angle inférieur de la plaie, et l'on divise l'os malaire avec la précaution de ne pas intéresser les parties molles qui le recouvrent. Le plancher de l'orbite abattu avec le ciseau, l'on saisit le fragment ostéo-cutané avec un davier et on le