

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

relève en dehors en brisant quelques lamelles osseuses. Le cornet inférieur y reste complètement adhérent; quant aux cornets supérieurs, on les enlève avec des ciseaux courbes, on détruit la partie postérieure de la cloison et l'on s'est ouvert une large voie vers le pharynx et l'apophyse basilaire.

Résection temporaire des os du nez et de l'apophyse montante du maxillaire. Lenoir, MM. Giraldès et Langenbeck avaient pratiqué la résection définitive de l'os nasal et de l'apophyse montante pour arriver au pédicule de polypes naso-pharyngiens. Ces chirurgiens taillaient un lambeau semi-lunaire depuis le sourcil jusqu'à l'aile du nez et enlevaient les os avec le ciseau ou une scie. M. Langenbeck se borna, bientôt après, à couper la base de l'apophyse montante du maxillaire et à en luxer le sommet ainsi que l'os nasal, vers le front, en ménageant le périoste.

M. Chassaignac avait déjà proposé de reclinier le nez sur l'une des joues (voy. fig. 337), mais en sacrifiant les os compris dans le lambeau.



E.S.

Fig. 336.



d.L.

E.S.

d.L.

Fig. 337.

M. Bœckel a transformé ce procédé en une résection temporaire. Une première incision transversale va d'un sac lacrymal à l'autre, en passant sur le dos du nez (voy. fig. 336); une deuxième incision part de l'extrémité de la première à gauche et descend dans le sillon nasogénien (nous supposons l'opération faite à gauche) jusqu'à la base de la narine, que l'on détache; un troisième coup de bistouri sépare la sous-cloison. Une petite scie à dos mobile sert à diviser les os dans le sens de la première incision; puis avec une scie à guichet on coupe l'apophyse montante gauche dans la direction de l'incision verticale, en brisant nécessairement l'unguis. On fend la cloison nasale d'abord verticalement, puis en arrière, avec un fort bistouri, et on la détache du plancher des fosses nasales avec une pince de Liston. Il ne reste plus qu'à briser l'apophyse montante du côté droit avec une forte pince garnie d'amadou, dont l'une

des branches est introduite dans la narine et l'autre appliquée sur la joue intacte, pour renverser de côté la totalité du nez. Les cornets et le reste de la cloison sont enlevés, et l'on s'est ouvert un large accès vers le pharynx.

Lawrence, voulant extraire des polypes muqueux qui remplissaient les fosses nasales, détacha le nez et le replia sur le front (*Med. Times*, novembre 1862, p. 431), après avoir coupé de chaque côté les téguments depuis les sacs lacrymaux jusqu'à la base des narines, divisé les apophyses montantes et la cloison avec la pince de Liston. Le polype avait ébranlé et mobilisé les os du nez.



E.S.

d.L.

Fig. 338.

M. Ollier a pratiqué deux opérations du même genre, mais en sens inverse. Le nez fut abaissé de haut en bas, après l'incision des parties molles. Les os nasaux et les apophyses montantes furent détachés du frontal par un trait de scie, et l'organe renversé vers la lèvre. Deux malades opérés par ce procédé guérèrent promptement.

Appréciation. Le volume, la situation et la nature des tumeurs doivent être pris en grande considération dans le choix du procédé opératoire. Celui de M. Ollier est le plus facile et le plus direct, mais il ouvre les fosses nasales dans leur partie supérieure, qui est étroite. Le procédé de M. Bœckel donne un plus large accès dans les fosses nasales et facilite les opérations qu'on y poursuit. Les procédés de MM. Huguier, Langenbeck, J. Roux peuvent également trouver leur application. Le procédé de M. Lawrence resterait applicable aux cas particuliers où les os du nez seraient ébranlés et rendus mobiles. Cependant il vaut beaucoup mieux, comme nous le dirons, attaquer les tumeurs par l'arrière-bouche, à moins de circonstances exceptionnelles, et les résections temporaires exposent à beaucoup d'inconvénients et de dangers, sans supériorité de succès. (Voir, pour plus de détails, le chapitre consacré aux polypes naso-pharyngiens.)

Résection de la mâchoire inférieure. La mâchoire inférieure est trop souvent atteinte de carie, de nécrose, de cancer et d'autres genres de tumeurs, pour que l'indication d'en opérer la résection ne se soit pas présentée; cependant cette opération