

de se porter en arrière au moment où le couteau *d* divisait les muscles génio-glosses. L'opération terminée, il faisait sortir cette ligature entre les lambeaux *a e*, et la fixait à une des épingles employées à réunir les téguments par la suture entortillée. Delpech modifia une fois ce procédé en perçant la langue avec un fil d'or, qu'il assujettit aux dents voisines. Dans tous les cas, on retire ce fil ou la ligature aussitôt que la langue a contracté des adhérences assez fortes pour la fixer en avant et éloigner tout danger de suffocation.

Les chirurgiens ne doivent pas oublier que la suffocation produite par le renversement de la langue en arrière ne dépend pas seulement de la contraction des muscles, mais aussi du refoulement direct des parties molles, par le rapprochement des portions conservées du maxillaire. La diminution de l'arc de cercle osseux modifie considérablement l'étendue du plancher buccal, et la langue, forcément repoussée contre l'isthme du gosier, le rétrécit et quelquefois même l'oblitére. Il y aurait donc avantage à maintenir écartés les fragments du maxillaire, et même à remplacer momentanément l'os enlevé par un corps étranger, tel qu'une

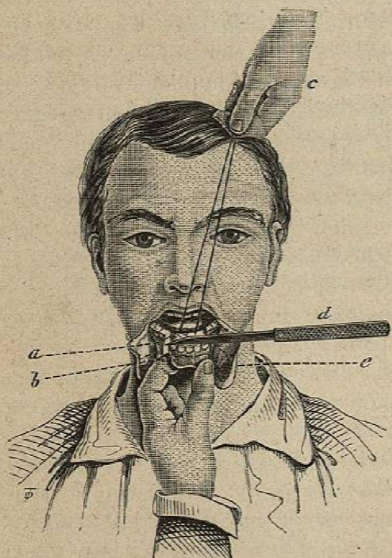


Fig. 339.

lame d'or, de platine ou d'ivoire. Le gonflement inflammatoire disparaît promptement, et quand les adhérences préservatrices et une induration salutaire des tissus ont eu lieu, on retire le corps étranger, et on laisse la plaie se fermer sous les seules influences de la cicatrisation. Nous avons, sur un de nos opérés, tiré l'os hyoïde en avant avec une érigné et nous nous en sommes bien trouvé.

*Réséction du corps de la mâchoire en totalité.* Toutes les fois que la portion horizontale de la mâchoire devra être enlevée en totalité, l'altération des parties molles décidera du procédé opératoire. Dans le cas cependant où l'os seul serait malade, on pourrait choisir un des deux procédés suivants.

Une première incision horizontale, parallèle au bord inférieur du maxillaire, est conduite, au-dessous du menton, de l'un de angles de la mâchoire à l'autre; une seconde incision verticale tombe sur le milieu de la précédente et divise la lèvre sur la ligne médiane. On dissèque les deux lambeaux latéraux qui en résultent et l'on resèque l'os avec une scie à main, à crête de coq ou à chaîne.

Le second procédé paraît préférable: une incision unique et horizontale au-dessous du menton dépasse de chaque côté les angles de la mâchoire; on sépare la lèvre inférieure des parties molles qui la fixent au maxillaire; on renverse de bas en haut le grand lambeau formé, et l'on opère la réséction de l'os.

Les accidents sont ceux que nous avons déjà signalés, en parlant de la réséction partielle du corps de la mâchoire; seulement ils offrent plus de gravité en raison de l'étendue de la perte de substance, et bien que les productions fibro-cartilagineuses aient quelquefois réuni avec solidité l'intervalle des fragments, il n'en est pas toujours ainsi, et un opéré de Lallemand, dont le corps du maxillaire avait été seulement enlevé en avant, fut obligé de faire usage d'un menton artificiel.

En cas d'ablation de tout le corps de la mâchoire, la mastication devient impossible, et la déglutition reste fort gênée.

Si les parties molles suppurent, et ne peuvent être réunies, la plaie se ferme par production de tissu inodulaire, et il se forme une sorte de moignon hyo-lingual, que l'on protège par un menton d'argent.

On a signalé dans les comptes rendus de nos cliniques (*Gazette de Strasbourg*) une grave complication dont aucun auteur n'avait fait mention. Le corps de la mâchoire ayant été complètement enlevé, ses deux branches verticales de section furent portées en avant, en dedans et en haut, par les muscles temporaux et ptérygoïdiens, et les surfaces osseuses vinrent arc-bouter contre la rainure bucco-alvéolaire supérieure en l'ulcérant et en causant de vives douleurs. Deux fois nous entreprîmes une nouvelle réséction des portions d'os dénudées, et deux fois les mêmes accidents se reproduisirent et contribuèrent à entraîner la mort du malade. Nous restâmes convaincu qu'il y eût eu avantage à désarticuler la totalité de l'os ou à réséquer l'apophyse coronéide.

*Réséction partielle du corps de la mâchoire.* Quatre procédés ont été imaginés et suivis pour enlever une des moitiés latérales du corps du maxillaire; nous les rappellerons en quelques mots.

On a formé un lambeau quadrilatère inférieur en incisant horizontalement la joue, avec un bistouri ou de forts ciseaux, depuis la commissure labiale jusqu'au bord postérieur de la branche de

la mâchoire ; deux autres incisions verticales, l'une plus ou moins en avant, l'autre en arrière de la première, dépassent de quelques millimètres le bord inférieur de l'os et servent à achever le lambeau, que l'on renverse de haut en bas pour opérer ensuite la résection du maxillaire en commençant vers la ligne médiane.

Mott fit une incision courbe à convexité inférieure et postérieure, depuis l'articulation temporo-maxillaire jusqu'àuprès de la commissure labiale, et fit partir du milieu de la plaie une autre incision verticale qui descendit vers le bord inférieur de l'angle de la mâchoire. Il obtint ainsi un lambeau semi-lunaire supérieur, et deux autres triangulaires, et, les renversant, le premier en haut et les autres en bas, il découvrit l'os, et après avoir eu la précaution de diviser le nerf dentaire inférieur à l'entrée du canal de ce nom, il termina la résection.

Lisfranc, ayant verticalement divisé la lèvre inférieure, pratiqua une seconde incision horizontale *d*, étendue de l'extrémité inférieure de la première, à quelques millimètres au delà de l'angle de la mâchoire (fig. 340). Le lambeau *b*, renversé d'avant en arrière

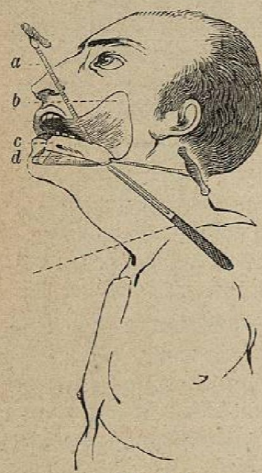


Fig. 340.

et de bas en haut, mit l'os *c* à nu et permit d'en terminer la résection avec une petite scie à main à lame très-fine, portée d'abord en avant, puis en arrière. On pourrait avec plus d'avantage se servir d'une scie à chaîne *a*, conduite autour de l'os au moyen d'un stylet fenêtré.

Nous ne pouvons trop répéter que les incisions tégumentaires n'ont qu'une importance relative à l'étendue et à la forme des lésions; en règle générale, les lambeaux à base supérieure sont préférables, parce qu'ils retombent plus facilement sur la plaie et entraînent moins de difformité. Il est nécessaire de couper les attaches des muscles masseter et ptérygoïdien interne, de diviser le nerf dentaire inférieur et de lier les vaisseaux avant de

scier l'os. A la suite de ces opérations on n'a pas à craindre le renversement de la langue, l'attache des muscles génio-glosses étant conservée, mais on observe la déviation du menton du côté où la résection a été faite.

*Résection du corps de la mâchoire avec formation d'une pseudarthrose (voy. Ankylose).*

*Résection et désarticulation d'une moitié de la mâchoire.*

Cette opération paraît avoir été tentée pour la première fois, en 1820, par le docteur Palmi, puis répétée, avec des succès variés, par Græfe, Mott, Dzondi, Cusack, Dupuytren, Gensoul, Lisfranc etc., dans des cas de cancer, de fungus hématodes, de carie, de plaies d'armes à feu etc. La présence des artères carotide externe, maxillaire interne, temporale et de leurs branches, a engagé d'habiles chirurgiens à lier l'artère carotide primitive avant de commencer l'opération; précaution inutile et dangereuse.

On a formé (Lisfranc, Cusack) un lambeau quadrilatère à base supérieure, en pratiquant deux incisions verticales, l'une sur la lèvre inférieure, l'autre depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire, et les réunissant inférieurement à leur sommet par une incision horizontale. L'artère faciale liée, on dissèque et l'on renverse de bas en haut le lambeau, en évitant autant que possible le canal de Sténon et la parotide; on divise le masseter à la base de la mâchoire, et le buccinateur est détaché de la face externe de l'os et relevé, avec une portion de la parotide, au-dessus de l'articulation. On sépare alors de la face interne du maxillaire le muscle ptérygoïdien interne, on fait la section du corps de l'os avec une petite scie à main, puis on abaisse fortement la branche de la mâchoire, pour faire descendre l'apophyse coronéide au-dessous de l'arcade zygomatique, et tendre le muscle temporal, dont on incise le tendon avec un bistouri boutonné concave ou des ciseaux, et, après avoir coupé le ligament latéral externe de l'articulation, on porte en dehors l'extrémité du condyle, on en rase la face postérieure pour atteindre le ligament latéral interne et l'attache du muscle ptérygoïdien externe, et terminer la résection.

Blandin a proposé de faire tomber du niveau de l'arcade zygomatique deux incisions verticales, le long des bords antérieur et postérieur du masseter, puis de glisser un bistouri au-dessous de ce muscle, le tranchant tourné en bas, de raser la branche de l'os et de tailler ainsi un lambeau plus ou moins long selon les indications. On pratiquerait ensuite la résection. Ce procédé a l'inconvénient d'intéresser le canal de Sténon. L'avantage d'un lambeau étroit paraît contestable.

Il serait possible de découvrir, comme l'a fait M. Mott, la branche du maxillaire, en formant un lambeau triangulaire à base supérieure, par deux incisions seulement, dont l'une, verticale, irait de l'apophyse zygomatique à l'angle de la mâchoire, tandis que la seconde, commencée à la commissure labiale, tomberait sur le point de terminaison de la première.

Le pansement est le même que pour les résections précédentes; on n'aurait nullement à craindre le renversement de la langue,