

mais la déviation latérale de la moitié restante du maxillaire serait inévitable.

J'ai employé un procédé plus simple chez une jeune personne atteinte d'une tumeur osseuse médullo-dentaire s'étendant jusqu'au-dessus du condyle droit. Une première incision verticale, commencée à la tempe, descendit au-dessous de l'angle de la mâchoire, suivit le bord inférieur de l'os et remonta sur la joue, au niveau et un peu en dehors de la commissure correspondante. Ce vaste lambeau fut relevé et l'os complètement mis à nu extérieurement, avant d'intéresser la muqueuse buccale, dans le but de prévenir tout épanchement de sang dans la bouche de la malade, qui avait été complètement chloroformée. Ces premiers temps opératoires achevés, je sciai l'os au moyen de la scie à chaîne en arrière de la dent canine. Je le détachai ensuite rapidement, coupai le ptérygoïdien interne avec un bistouri, le temporal avec des ciseaux, et luxai le condyle en dehors en divisant les parties molles le long des surfaces osseuses. Le sang coulait facilement sur le cou sans pénétrer dans la bouche, en raison de la position donnée à la tête. Huit sutures réunirent le lambeau, qui se cicatrisa par première intention, et la malade, qui se levait et se promenait dans la chambre le sixième jour, fut très-heureusement guérie.

Résection de la mâchoire inférieure en totalité. Deux incisions verticales, pratiquées en arrière des branches de cet os et réunies en avant et au-dessous du menton par une incision horizontale, permettraient de découvrir le maxillaire et de le désarticuler. L'opération serait évidemment plus facile si l'on commençait par la section de l'os sur la ligne médiane, de manière à pouvoir le faire basculer pour ouvrir l'articulation sans blesser les vaisseaux environnants. MM. Heyfelder, Pitha (de Prague), Carnočan (de New-York), Maisonneuve ont pratiqué cette opération.

A l'armée, plusieurs de nos soldats ont présenté des lésions presque semblables parfaitement guéries. Nous avons vu aux Invalides un militaire auquel un boulet avait enlevé, au siège d'Anvers, tout le corps et une partie des branches de la mâchoire, et cet homme se portait bien. La déglutition s'opérait assez facilement au moyen d'une espèce de baguette de bois avec laquelle le malade poussait dans son pharynx les matières alimentaires roulées en forme de boulettes. Chez les autres malades, la déglutition était également possible.

L'histoire que nous venons de tracer des résections de la mâchoire inférieure montre que ces opérations constituent une belle et utile conquête de la chirurgie moderne. La ligature préventive de la carotide primitive ne doit pas être faite, et si une portion

d'os seulement est enlevée, des adhérences fibreuses la remplacent et permettent le rétablissement des fonctions. Le renversement de la langue et la gêne de la respiration et de la mastication ne sont à craindre qu'autant que les attaches antérieures des muscles de la langue sont divisées, ou que la cavité buccale est trop rétrécie, et l'on peut y remédier.

On a vu toutefois survenir des déformations fort remarquables de la mâchoire supérieure à la suite de la perte d'une portion plus ou moins considérable du maxillaire inférieur. Larrey père avait déjà appelé l'attention sur ce sujet, et avait dit que la voûte palatine se rétrécissait et se creusait au point que les dents molaires des côtés opposés étaient presque en contact. Ces déformations ont été surtout observées dans les cas où le maxillaire inférieur avait été détruit par un coup de feu; on n'en connaît pas d'autres exemples authentiques. Il est probable qu'un appareil prothétique, appliqué en temps utile, parviendrait à prévenir ces lésions consécutives. M. Legouest en a montré un spécimen à la Société de chirurgie dans sa séance du 4 février 1863.

Résections temporaires du maxillaire inférieur. Il suffit de diviser l'os sur la ligne médiane et d'en écarter les deux moitiés pour permettre l'ablation de tous les cancers profonds de la langue et de l'arrière-bouche, et nous avons appliqué plusieurs fois ce procédé avec avantage. Nous avons remplacé la section rectiligne de l'os par une section en > (voy. *Maladies de la langue*) pour en faciliter la coaptation.

MM. Huguier, Maisonneuve etc. ont suivi cet exemple avec succès. M. Billroth, appelé, en 1861, à extirper un cancer de la moitié gauche du plancher de la bouche, pratiqua la résection temporaire d'une portion du corps de la mâchoire, de la canine droite à l'avant-dernière molaire gauche, en détachant l'os avec le lambeau quadrilatère de parties molles, à base supérieure, qui y adhéraît (*Arch. de chirurg.* de Langenbeck, 1862, p. 651). Le malade guérit. Dans une autre opération, pour un cancer de l'isthme du gosier, le même chirurgien réséqua la branche de la mâchoire, après l'avoir sciée au niveau de la dernière molaire; il fut obligé en outre de couper l'insertion du ptérygoïdien interne et une partie de celle du muscle temporal. L'incision cutanée avait la forme d'un L, dont la branche verticale correspondait au bord antérieur du masseter.

M. Boeckel a également réséqué le corps de la mâchoire pour un cancer occupant la moitié antérieure de la langue, les glandes sublinguales et une partie de la glande sous-maxillaire, sans aucune altération des parties externes. Ce chirurgien tailla un lambeau quadrilatère à base inférieure (*Gaz. hebdom.*, avril 1863).

La principale difficulté de la guérison, à la suite de ces résections, dépend de la mobilité du fragment réséqué. Il faut l'assujettir au moyen d'une double suture métallique et y joindre un moule en gutta-percha pour soutenir et embrasser l'arcade alvéolaire. Nous doutons beaucoup du succès, même lorsqu'on rend les sections osseuses obliques d'arrière en avant et de haut en bas, pour en faciliter la réunion. M. Legouest a exécuté la résection temporaire de l'apophyse montante du maxillaire (voy. *Exostoses de l'orbite*).

Résections sous-périostées du maxillaire inférieur. Les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour ont confirmé la facilité de la reproduction des os, dans les cas de nécrose, mais n'ont pas fourni un seul exemple de véritable régénération osseuse par le périoste, à la suite des résections pratiquées pour toute autre maladie.

Résection du sternum. La carie et la nécrose, suites de violences extérieures, ou d'abcès du médiastin, et les fractures par armes à feu etc. sont, des causes assez fréquentes de résection du sternum. Lorsque l'affection est chronique, la plèvre, correspondant à l'os altéré, est ordinairement épaissie, comme fibro-cartilagineuse, et met à l'abri des blessures pulmonaires, de la pénétration de l'air et des accidents qui pourraient en résulter. Quelquefois cependant on a été obligé de faire l'excision d'une portion de la plèvre et même du péricarde, et l'on a mis le cœur à découvert. Mais les malades ont succombé.

Galien, dont tous les auteurs rappellent la belle observation, emporta, avec succès, une carie fort étendue du sternum, dont aucun médecin n'avait voulu entreprendre la cure, et l'on multiplierait sans peine aujourd'hui les exemples de semblables opérations. Blandin guérit en six semaines un malade auquel il avait réséqué près de 0^m,06 du sternum et deux cartilages costaux en ménageant avec soin les artères mammaires.

Les règles générales que nous avons exposées pour les divisions des téguments et l'isolement et la résection des parties malades trouvent ici leur application. Les incisions en T ou cruciales, et l'emploi du trépan, de la gouge ou de la scie à molettes concaves, sont ordinairement indiqués; et que l'on se serve ou non du caustère actuel pour modifier l'état de la plaie, arrêter l'écoulement du sang ou détruire des tissus qui ne paraissent pas parfaitement sains, il faut que le pansement soit fait de manière à laisser à la suppuration une libre issue. Une plaque de corne ou de cuir bouilli servirait, après la guérison, à soutenir et à préserver de toute violence la cicatrice dans le cas où elle offrirait peu de résistance.

Résection des côtes. Quoique la résection des côtes soit une opération fort ancienne et qu'elle ait été pratiquée depuis Galien par un grand nombre de chirurgiens, elle fut presque considérée comme nouvelle en France et frappa vivement l'attention lorsque, en 1818, Richerand enleva la partie moyenne de quatre côtes atteintes d'un véritable ostéosarcome; la plèvre, dont l'épaississement était remarquable, fut également emportée, et le péricarde, mis à découvert, permit d'apercevoir directement les battements du cœur. Malgré les accidents de suffocation qui survinrent momentanément par la pénétration de l'air et le refoulement des poumons, le malade succomba seulement trois mois plus tard aux progrès de son affection.

Un fait plus curieux encore avait déjà été publié dans le *Journal encyclopédique*, où l'on rapporte que Suif réséqua deux côtes, la plèvre subjacente et une portion du poumon *gâté*, à un nommé Botaque, qui se rétablit.

Fiori, au dire de Metuxa, a extirpé avec succès *une fausse côte*, atteinte de carie. M. Heyfelder l'imita, mais perdit son malade de péritonite. Quant aux *côtes sternales*, leur articulation postérieure est trop profonde pour qu'on puisse songer à les atteindre.

La résection des côtes présente peu de difficultés. Après avoir découvert les os malades par des incisions de diverses formes, selon les indications, ou avoir circonscrit et détaché les téguments altérés, on détache le périoste de la côte, et avec cette membrane les muscles intercostaux, l'artère intercostale qui rampe dans la gouttière inférieure de l'os, la plèvre, et passant un linge ou une lame mince de carton derrière la côte, on en opère la résection avec une scie en crête de coq ou une scie articulée.

Si la plèvre était blessée, l'on remédierait à la suffocation, produite par l'introduction de l'air dans la cavité thoracique, en fermant promptement la plaie extérieure et la recouvrant d'un linge enduit de cérat et de larges gâteaux de charpie.

Les suites de ces opérations sont habituellement heureuses, mais quelques exemples de terminaisons fatales doivent rendre les chirurgiens fort prudents. On a cité quelques cas fort rares de reproductions osseuses par le périoste costal conservé. Ces observations ont été trop exceptionnelles et les ossifications trop rudimentaires pour qu'on puisse en rien conclure.

Résection des vertèbres. On a quelquefois enlevé avec succès des apophyses épineuses vertébrales fortement adhérentes à des tumeurs dont on faisait l'extraction, et l'on a même osé enlever les lames des vertèbres et mettre les membranes de la moelle épinière