

# RÉSECTIONS DE LA MACHOIRE

MÉMOIRE

SUR LA

## DÉSARTICULATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

LU A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 10 AOUT 1858

Il y a quelques années à peine, l'ablation totale de la mâchoire inférieure était considérée comme une entreprise tellement dangereuse, qu'aucun chirurgien français n'avait osé l'aborder<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Depuis la publication de ce mémoire, de profondes recherches ont été faites sur ce point de la science par plusieurs de nos plus érudits confrères, M. Huguier (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1857, t. XXII), d'une part, et d'autre part MM. Denonvilliers et Gosselin (*Compendium de chirurgie*, t. III, p. 629), et de ces recherches il résulte : « qu'aucune des observations de Walther à Bonn, d'Heyfelder à Erlangen, de Pitha à Prague, de Carnochan à New-York, non plus que celles de Signoroni, ne pouvaient être considérées comme de véritables résections totales de la mâchoire, et que c'est en réalité M. Maisonneuve qui a le premier pratiqué cette opération. »

Les annales de la science, disent les éminents auteurs du *Compendium*, renferment un certain nombre d'observations de malades qui, à la suite de plaies par armes à feu, ont perdu la totalité ou la presque totalité de la mâchoire inférieure, et il serait facile de trouver plusieurs cas de nécrose dans lesquels le chirurgien a extrait, en une ou plusieurs séances, des séquestres comprenant tout le maxillaire inférieur. S'il n'est pas parfaitement avéré que Walther de Bonn ait pratiqué dans cette condition l'ablation de la totalité de la mâchoire inférieure, après avoir lié préalablement les deux artères carotides primitives, il est certain que cette ablation a été faite par M. Heyfelder à Erlangen en 1825, par le professeur Pitha de Prague en 1845, par le docteur Carnochan de New-York en 1857 et répétée par Heyfelder en 1855. (Voyez *Moniteur des Hôpitaux*, 1855, p. 545, 555, 560, 732, 740, 758, 955, et *Bulletin de l'Acad. de méd.* t. XXII, rapport de M. Huguier sur un mémoire de M. Heyfelder.) Nous avons déjà dit que nous ne pouvions considérer ces opérations comme de véritables résections, pas plus que le fait de Blandin qui, en 1848, enleva en une séance la totalité de la mâchoire inférieure nécrosée par le phosphore. M. Signoroni, chez un malade atteint d'ostéosarcome, n'a pas, comme on l'a prétendu, enlevé la totalité du maxillaire inférieur. C'est en réalité

DÉSARTICULATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. 537

Outre les difficultés extrêmes dont son exécution semblait entourée, outre la crainte qu'inspirait le voisinage des vaisseaux carotidiens, on était persuadé qu'après cette grave opération la langue, privée de ses attaches antérieures, devait nécessairement se rétracter en arrière et produire la suffocation. On croyait surtout qu'en supposant la guérison possible, une semblable mutilation devait laisser le malade dans un état déplorable et le priver à jamais de la mastication et de la parole.

Telle était l'opinion générale à ce sujet quand, en 1855, j'eus l'honneur de présenter à l'Académie des sciences une jeune fille à laquelle j'avais récemment pratiqué l'ablation totale de la mâchoire, et chez laquelle aucun des accidents dont nous venons de parler ne s'était réalisé.

Cependant, comme l'opération avait été faite en deux temps, on pouvait croire, à la rigueur, que cette circonstance avait pu neutraliser une partie de ses inconvénients et de ses dangers.

Mais, en 1856, j'eus l'occasion de l'exécuter de nouveau chez un jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie le 12 mai 1856. Dans ce deuxième cas, la manœuvre opératoire avait été prompte et facile, aucun accident n'avait entravé la guérison; le visage avait conservé sa forme régulière, la phonation était intacte; et, grâce à l'ingénieur dentier construit par MM. Préterre et Fowler, le jeune homme pouvait broyer facilement les aliments solides. (Il occupe aujourd'hui une position de contre-maître dans une usine en Espagne.)

Enfin, tout récemment encore, le 25 juin 1857, j'ai, pour la troisième fois, pratiqué avec succès cette opération chez une jeune fille de 18 ans, que j'ai présentée tant à l'Académie des sciences qu'à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie.

Quoique peu nombreux encore, ces trois faits, dont la similitude est si parfaite, et dont les résultats ont été si remarqua-

M. Maisonneuve qui a le premier pratiqué cette grande mutilation pour une lésion organique. Sa première malade fut opérée en deux séances, à dix-huit mois d'intervalle (*Monit. des hôpit.*, 1855, p. 746), deux autres, l'une en 1856, l'autre en 1857, le furent en une seule séance. (*Monit. des hôpit.*, 1856, p. 474, et *Gazette des hôpit.*, 1857).



blement heureux, m'ont paru dignes de fixer l'attention des chirurgiens et suffisants pour autoriser l'admission de cette opération au nombre des ressources régulières de la médecine opératoire.

## DESCRIPTION DU PROCÉDÉ

Bien que les procédés imaginés à diverses époques et par des chirurgiens du plus haut mérite, pour la résection partielle de l'os maxillaire inférieur, puissent, à la rigueur, servir à la désarticulation totale de cet os, je dois dire qu'aucun d'eux ne m'a paru répondre entièrement aux exigences spéciales de cette grave opération, et que pour remplir d'une manière convenable toutes les indications que je m'étais posées, j'ai dû créer pour ainsi dire de toutes pièces un nouveau manuel opératoire.

Laissant donc de côté et la ligature préalable de la carotide préconisée par Mott de Philadelphie et Græfe de Berlin, et les grandes incisions transversales de Lisfranc, Blandin, Cusack, etc., et les dissections au bistouri, si longues, si difficiles, et surtout si dangereuses au voisinage des vaisseaux carotidiens, je posai en principe :

1° De limiter les incisions à la division de la lèvre inférieure et des gencives ;

2° D'opérer la dissection de l'os en *détachant le périoste* au moyen des doigts seuls ou d'un instrument mousse ;

3° De ne couper les insertions des muscles crotaphyte, masseter et ptérygoïdien interne qu'avec les ciseaux courbes et peu tranchants ;

4° De terminer l'extirpation de l'os au moyen d'une traction violente qui déchire à la fois le ptérygoïdien externe, les ligaments articulaires, ainsi que les vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs.

De grands avantages résultent de ce mode opératoire :

1° En bornant à une seule incision verticale, ou tout au plus à une incision en  $\perp$  la division des parties molles extérieures,

on évite à la fois et ces longues cicatrices toujours si désagréables sur le visage, et les paralysies partielles des muscles de la face, qui, dans la plupart des autres procédés, résultent de la section inévitable d'un certain nombre de filets du nerf facial, et les hémorrhagies dues à la section des artères faciales et les longueurs et les douleurs qu'entraîne la ligature de ces vaisseaux.

2° En énucléant l'os de son périoste à l'aide des doigts ou de quelque instrument mousse, non-seulement on laisse intactes les artères et veines faciales ainsi que leurs divisions principales, qui dans la dissection au bistouri sont presque nécessairement divisées, et nécessitent de nombreuses ligatures, mais encore on conserve aux muscles de la langue des insertions qui servent à maintenir cet organe en place ; on limite à une surface parfaitement circonscrite (la face interne du périoste) le travail inflammatoire qui, dans les procédés ordinaires, s'opère nécessairement au milieu de tissus irrégulièrement divisés, séparés par des interstices cellulaires et par conséquent favorables aux inflammations phlegmoneuses. Enfin, ainsi qu'il résulte des magnifiques travaux de M. Flourens et ainsi que j'en ai observé plusieurs exemples, on a l'espoir de voir se reproduire plus tard un arc osseux plus ou moins complet ou tout au moins un tissu résistant, qui permettra plus tard l'application d'une mâchoire artificielle<sup>4</sup>.

3° En substituant, pour l'extraction de l'os, le procédé de l'arrachement à celui de la dissection, non-seulement on abrège considérablement cette opération déjà si longue et si pénible, mais encore on la rend infiniment plus facile, et surtout on évite avec certitude toute crainte de blesser les vaisseaux carotidiens, sans compter que les branches secondaires de l'artère maxillaire interne, dont on ne peut éviter la lésion, se trouvent par le fait de l'arrachement divisées de telle sorte que leurs pa-

<sup>4</sup> Parmi les faits de reproduction osseuse que j'ai eu l'occasion d'observer, l'un des plus remarquables est celui d'un jeune homme auquel j'avais désarticulé la branche montante du côté droit, et chez qui l'os s'est reproduit d'une manière si complète qu'on serait tenté de croire que cette désarticulation n'a pas eu lieu.



rois, effilées comme un tube à la lampe, ne laissent plus suinter une seule goutte de sang.

4° Enfin, à cette méthode de l'arrachement est attaché un avantage infiniment plus précieux encore que tous les autres, et sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention des chirurgiens, parce qu'il nous paraît de nature à motiver de graves modifications dans le manuel d'un grand nombre d'opérations : je veux parler de l'avantage qu'a la méthode de l'arrachement de mettre plus sûrement qu'aucun autre à l'abri de l'infection purulente.

Aucune autre méthode, en effet, n'a plus de puissance pour oblitérer d'une manière efficace les orifices vasculaires par lesquels se propage dans l'intérieur des veines, l'inflammation suppurative, cause première de cette redoutable affection.

Ce n'est pas seulement sur des idées théoriques qu'est basée l'opinion que je viens d'émettre : des faits nombreux en établissent l'exactitude, et pour ne parler que de la désarticulation de l'os maxillaire inférieur, je dirai qu'indépendamment des trois faits de désarticulation totale dont je vais donner la description complète, j'en possède encore un grand nombre d'autres, où la désarticulation n'a eu lieu que d'un seul côté, et qui tous ont été remarquables par le peu de gravité des accidents traumatiques.

Cela ne veut pas dire toutefois qu'aucun de ces malades n'ait succombé à la suite de l'opération, mais très-certainement les accidents que nous avons observés ont été, sinon toujours, au moins dans la plupart des cas, bien plutôt le fait de la maladie pour laquelle l'opération était pratiquée, que celui de l'opération elle-même. Aussi n'hésitons-nous pas à dire que parmi les opérations majeures de la chirurgie, la désarticulation partielle ou même totale de la mâchoire inférieure est l'une des moins dangereuses, lorsqu'on l'exécute d'après les principes que nous avons exposés.

OBS. I. — ABLATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE POUR UN CANCER DE CET OS. GUÉRISON<sup>1</sup>.

Soliveau (Angéline), âgée alors de quinze ans, vint, au mois de juin 1851, me consulter, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur qui envahissait toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait débuté d'une manière insensible, de sorte qu'au mois de mars, époque où la malade s'aperçut de son existence, elle avait acquis déjà un volume assez considérable. Sa présence, toutefois, ne gênait en rien la mastication non plus que la parole. Cet état persista sans changement notable jusqu'à la fin de juin, où la tumeur devint le siège de douleurs lancinantes, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, qui la décidèrent à entrer à l'hôpital le 8 juillet 1851.

A cette époque, je reconnus que la tumeur occupait toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, dont le volume avait plus que triplé; qu'elle était lisse, régulière, d'une consistance ferme; que les dents, parfaitement saines, n'étaient même point ébranlées; que les parties molles des lèvres et de la joue avaient conservé leur souplesse, leur texture et leur coloration normales. La malade se plaignait de douleurs lancinantes bien différentes des douleurs névralgiques ou douleurs dentaires.

L'ensemble de ces symptômes me fit penser que j'avais affaire à une tumeur carcinomateuse de l'os, et m'engagea à proposer la désarticulation de toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur.

Cette proposition ayant été agréée des parents, l'opération fut pratiquée le 17 juillet 1851 de la manière suivante :

La malade étant couchée sur le lit d'opération et soumise au chloroforme, j'incisai d'un seul trait et sur la ligne médiane la lèvre inférieure et les parties molles du menton jusqu'à la naissance du cou. Une seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la précédente fut dirigée d'abord transversalement le long du bord inférieur de la mâchoire, puis obliquement en haut jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Le vaste lambeau circonscrit par ces deux incisions fut séparé rapidement de la face externe de l'os maxillaire au moyen du bistouri, qui servit aussi à détacher les insertions inférieures du muscle masseter. Passant alors une scie à chaîne sous la mâchoire au moyen d'une grande aiguille courbe, je pratiquai la section de l'os entre la première et la deuxième dent incisive droite. Ceci étant fait, je disséquai à grands traits les portions molles adhérentes à la face interne de la mâchoire, coupant d'abord à leur insertion les muscles qui s'attachent aux apophyses géni, puis le mylo-hyoïdien, le ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux

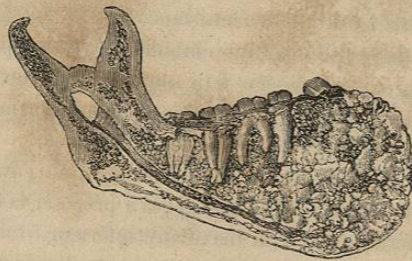
<sup>1</sup> Observation communiquée à l'Académie de médecine, séance du 5 mai 1855.



et nerfs dentaires inférieurs. Imprimant ensuite un mouvement de bascule à l'os maxillaire inférieur, je fis saillir l'apophyse coronoïde sur laquelle je divisai, avec des ciseaux mousses, le tendon du muscle crotaphyte. Aussitôt après la division de ce muscle, la capsule, fortement distendue par le condyle, put être incisée facilement avec la pointe du bistouri, et quelques coups de ciseaux suffirent pour dégager entièrement l'os des tissus auxquels il adhérait encore.

Dans cette opération, qui dura moins de dix minutes, trois artères seulement furent intéressées : la coronaire des lèvres, la faciale et la dentaire inférieure; toutes trois furent liées à l'aide de pinces à coulant, et les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

La pièce anatomique fut confiée à l'examen de M. Lebert, qui reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit cancer en aiguilles. Le microscope y démontra de nombreuses cellules spécifiques, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin qu'en a fait M. Leveillé.



Aucun accident sérieux ne vint contrarier la guérison, et lorsque le 24 septembre la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Sténon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistule ni paralysie. Le visage avait même conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentit; mais au mois de novembre 1852, la partie de l'os que l'on avait conservée commença à son tour à se tuméfier. D'abord peu sensible, cette tuméfaction fit chaque jour des progrès; des douleurs lancinantes semblables à celles qui avaient existé du côté gauche se manifestèrent du côté droit.

La malade se décida à revenir me voir, et je la fis entrer de nouveau à l'hôpital Cochin, le 28 mars 1855.

La portion restante de l'os maxillaire présentait les mêmes altérations qu'on avait antérieurement constatées sur la partie gauche, seulement ces altérations étaient moins avancées; la tumeur, moins volumineuse, ne re-

montait pas aussi haut vers le condyle. Comme la première fois, les parties molles des lèvres et de la joue étaient intactes, les ganglions n'offraient aucune trace d'engorgement, les dents étaient solides; mais l'existence de douleurs lancinantes, et la nature bien constatée de l'affection antérieure, me déterminèrent à compléter l'ablation totale du maxillaire. Cette dernière opération fut pratiquée le 31 mars 1855.

La malade étant, comme la première fois, soumise au chloroforme et couchée sur le lit d'opération, je divisai verticalement la lèvre inférieure et les parties molles du menton sur le trajet de l'ancienne cicatrice. Une seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la première fut dirigée le long du bord inférieur de l'os jusqu'au devant de l'insertion du masseter: je crus pouvoir me dispenser de la prolonger, comme dans l'opération précédente, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. En effet, cette incision me suffit pour mettre à découvert toute la face externe de la mâchoire et pour diviser avec un bistouri boutonné les insertions inférieures du masseter. Écartant ensuite l'os en dehors, je séparai facilement les insertions du muscle mylo-hyoïdien, ainsi que celles du ptérygoïdien interne.

Dans un troisième temps, j'imprimai un mouvement de bascule à la mâchoire afin de faire saillir l'apophyse coronoïde, sur laquelle je coupai le tendon du muscle crotaphyte. Puis, ayant dans un dernier temps incisé la capsule articulaire sur le condyle lui-même et coupé l'insertion du ptérygoïdien externe, je terminai l'opération en arrachant l'os, qui ne tenait plus que par quelques brides peu solides.

Dans cette opération, il n'y eut d'intéressé qu'une seule artère importante, l'artère dentaire inférieure, sur laquelle une ligature fut appliquée.

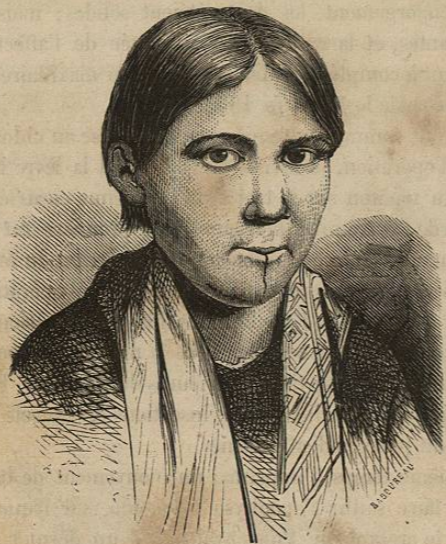
Toutes ces manœuvres durèrent à peine cinq minutes; les parties molles furent ensuite rapprochées par la suture entortillée, et la malade fut reportée dans son lit.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise et que le visage ne restât considérablement déformé; il n'en fut rien. La langue suffisamment maintenue par la cicatrice du côté gauche, n'éprouva aucun mouvement de rétraction; la déglutition des liquides ne cessa pas un seul instant de s'exécuter, et le visage conserva sa régularité et ses formes primitives. La réunion s'opéra même par première intention, et dès le quatrième jour on put enlever la totalité des épingles sans qu'aucun écartement se manifestât dans la cicatrice.

Aujourd'hui la malade est entièrement guérie; son visage ne présente aucune déformation, ainsi qu'on peut le voir sur le portrait au daguerréotype exécuté par M. Bisson père. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement, non-seulement des aliments liquides, mais encore de la viande hachée, du pain, des œufs et toute sorte d'aliments faciles à tri-



turer. Cette trituration s'opère avec une assez grande puissance entre la langue et la voûte palatine.



OBS. II. — OSTÉOSARCOME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. ABLATION TOTALE DE CET OS EXÉCUTÉE EN UNE SEULE SÉANCE AVEC CONSERVATION DU PÉRIOSTE. GUÉRISON †.

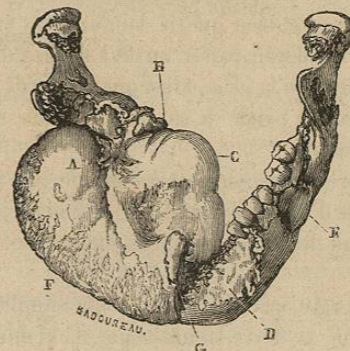
Isamat (Jerôme), âgé de trente-trois ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 11 avril 1856, me consulter pour une affection grave de la mâchoire inférieure. Cette affection, dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit ans, avait débuté par le côté droit de la mâchoire. Elle se manifesta d'abord par un gonflement diffus sur le trajet du corps de l'os; puis les gencives se tuméfièrent; les dents, repoussées de bas en haut, devinrent vacillantes et finirent par tomber. A leur place on vit paraître une tumeur dure, comme fibreuse, qui envahit peu à peu l'intérieur de la bouche, pendant que de son côté l'os continuait à grossir et formait relief à l'extérieur. Tout cela s'accomplissait lentement et sans douleur, de sorte que le malade ne s'en préoccupait que médiocrement. C'est seulement depuis dix-huit mois que la gêne de la déglutition et de la parole, jointe à la difformité hideuse de son visage, l'engagèrent à se soumettre à un traitement régulier. Pendant un an environ, il fut soumis à l'usage de préparations mercurielles, iodurées, sulfureuses, etc., sans que la marche du mal fût en rien modifiée. Alors, sur les conseils des médecins de son pays, il se décida à venir à Paris consulter

† Observation présentée à l'Académie des sciences, le 12 mai 1856.

les maîtres de l'art; tous furent d'avis que l'existence était gravement menacée et qu'une opération seule pouvait offrir au malade des chances de salut.

La maladie envahissait alors la presque totalité de l'os maxillaire, seulement elle avait à droite un développement beaucoup plus considérable. De ce côté, son relief extérieur égalait au moins le volume du poing. A l'intérieur, elle refoulait la langue et le voile du palais, et remplissait la plus grande partie de la cavité buccale. Du côté gauche, elle était beaucoup moins saillante, mais il était facile de reconnaître qu'elle s'étendait jusqu'à la base de la branche verticale.

Dans tous les points, la tumeur était ferme et résistante; à l'extérieur, elle avait la dureté osseuse, tandis que dans l'intérieur de la bouche elle donnait plutôt la sensation du tissu fibreux. La face gengivale, entièrement dépouillée de dents molaires, offrait un sillon profond dans lequel s'engageait l'arcade dentaire supérieure. En avant, au contraire, et à gauche, les dents étaient seulement un peu déviées de leur direction normale. Les téguments muqueux et cutanés n'offraient aucune altération, ils glissaient facilement sur la tumeur. Aucun engorgement n'existait du côté des ganglions, et la santé générale était excellente.



Tel était l'état des choses lorsque, le 15 avril, je procédai à l'opération.

Le malade étant soumis au chloroforme, j'incisai verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, je divisai profondément les parties molles jusqu'au-devant du masseter. Dans un deuxième temps, je divisai l'os maxillaire sur la ligne médiane au moyen de la scie à chaîne; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse de ciseaux courbes, je détachai les parties molles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'y comprendre en même temps le périoste; ce temps fut long et laborieux à cause du volume de la tumeur et de la saillie qu'elle faisait du côté de l'arrière-gorge.