

gencives devinrent fongueuses, se déchaussèrent, et les parties molles du menton ne tardèrent pas à s'indurer. Quelques préparations d'iode furent employées par les médecins du pays, mais sans aucun avantage; c'est alors que le malade se décida à venir à Paris consulter M. Maisonneuve, et, le 15 janvier 1855, il se présenta à l'hôpital de la Pitié, où il fut reçu immédiatement.

La partie inférieure de la face du côté gauche était le siège d'une tuméfaction considérable, surtout dans la région sous-maxillaire. La peau était adhérente et violacée dans une étendue de trois centimètres carrés environ. L'os maxillaire inférieur, gonflé, ramolli, se confondait avec la tuméfaction des parties molles. Les gencives étaient fongueuses et saignantes; les dents, partie absentes, partie déchaussées et vacillantes. Dans le sillon géno-maxillaire existait une ulcération profonde d'où s'écoulait une suppuration saigneuse. Du reste, les ganglions du cou ne présentaient aucune altération.

M. Maisonneuve ayant décidé que la désarticulation de la mâchoire était indispensable, procéda à cette opération le 18 janvier, de la manière suivante :

1^{er} temps. Incision verticale sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'au-dessous du menton, et ligature de l'artère labiale du côté droit.

2^e. Incision horizontale partant de l'extrémité inférieure de la première et s'étendant parallèlement au bord de la mâchoire, jusqu'au muscle masseter. Ligature de l'artère maxillaire gauche.

3^e. Division de l'os sur la ligne médiane au moyen de la scie à chaîne.

4^e. Dissection du lambeau en rasant immédiatement la face externe de l'os et section du muscle masseter à son insertion inférieure.

5^e. Séparation des parties molles de la face interne de l'os et section du muscle ptérygoïdien interne.

6^e. Section du tendon du muscle crotaphyte à son insertion à l'apophyse coronoïde, au moyen de ciseaux courbes dirigés sur le doigt index de la main gauche.

7^e. Arrachement de l'os ainsi isolé, par un mouvement de bascule.

8^e. Excision de toutes les parties molles malades restées adhérentes au lambeau et à la face inférieure de la langue.

9^e. Rapprochement du lambeau par des points de suture entortillée, sauf un espace de trois centimètres dans la partie la plus déclive, pour l'écoulement des liquides.

Aucun incident ne vint entraver la guérison, qui était complète le 12 février, jour où le malade sortit de l'hôpital.

ABLATION SIMULTANÉE DE TOUTE LA MOITIÉ LATÉRALE GAUCHE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, D'UNE GRANDE PARTIE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DU MÊME CÔTÉ ET DE TOUTES LES PARTIES MOLLES EXTÉRIEURES CORRESPONDANTES. — GUÉRISON.

Janny (Marguerite), âgée de trente-sept ans, s'aperçut, vers le mois de novembre 1852, d'une gerçure profonde au côté gauche de la lèvre inférieure, près de sa commissure. Cette gerçure, qui s'était manifestée sans cause appréciable pour la malade, fit des progrès rapides et se transforma bientôt en un ulcère calleux, dont on essaya vainement la guérison au moyen des caustiques et même d'une excision avec le bistouri. Ces divers traitements n'empêchèrent pas le mal de faire des progrès incessants, et le 14 octobre 1854, jour où elle vint à l'hôpital de la Pitié, l'ulcération avait envahi la plus grande partie de la joue gauche, une portion notable de l'os maxillaire supérieur et la presque totalité de la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur.

Malgré cet état local si grave, l'état général était encore excellent. Il n'existait ni engorgement ganglionnaire, ni le moindre signe de cachexie. D'un autre côté, la malade était pleine de courage. Elle était décidée à tout entreprendre pour se débarrasser de l'affreux ulcère qui la rongait. C'est dans ces conditions que M. Maisonneuve résolut de tenter l'opération, laquelle fut exécutée le 22 novembre 1855.

La malade étant préalablement soumise au chloroforme, M. Maisonneuve cerna d'abord toutes les parties malades, par une longue incision qui divisait la lèvre inférieure verticalement sur la ligne médiane, se dirigeait ensuite parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'à son angle gauche, remontait obliquement sur l'os de la pommette, puis par une courbe à convexité supérieure, venait, en rasant la narine gauche, tomber sur la ligne médiane de la lèvre supérieure. Les parties molles circonscrites par cette incision furent immédiatement disséquées et enlevées.

Dans un deuxième temps, M. Maisonneuve fit au moyen de la scie à chaîne la section verticale de l'os maxillaire inférieur, au niveau de la dent canine du côté droit, puis, détachant rapidement les tissus qui adhèrent à la partie latérale gauche, il pratiqua la désarticulation suivant son procédé habituel.

Dans un troisième temps enfin, il fit, avec de fortes pinces incisives, la résection de toute la portion alvéolaire palatine et malaire de l'os maxillaire supérieur correspondant.

Après cette énorme perte de substance qui comprenait non-seulement les deux os maxillaires, mais encore toutes les parties molles de la joue, de la lèvre et du menton du côté gauche, M. Maisonneuve ne crut pas devoir pratiquer, au moins immédiatement, d'opération autoplastique. De sorte que la

langue, le pharynx restèrent complètement à découvert, et qu'il devint facile d'étudier le mécanisme de leurs mouvements.

Un premier fait, très-curieux, frappa tout d'abord les assistants. C'est que, malgré la section des muscles géniens et l'ablation de tout l'arc gauche de la mâchoire, la langue pouvait être facilement tirée hors de la bouche, exécuter ses mouvements latéraux et effectuer la déglutition. A plus forte raison cet organe n'a-t-il pas éprouvé cette rétraction en arrière que la plupart des auteurs de chirurgie considèrent comme inévitable à la suite de la section des muscles géniens, et qu'ils représentent comme susceptible de produire la suffocation?

Deux mois et demi se sont écoulés depuis cette opération. La cicatrisation, qui est actuellement complète, a resserré d'une manière considérable l'énorme perte de substance, cependant il reste encore une large ouverture par laquelle on voit la langue exécuter ses mouvements. Un obturateur habilement construit par M. Charrière dissimule la difformité et permet surtout l'émission de la parole. Ce malade a été présenté à l'Académie des sciences.

CANCROÏDE ULCÉRÉ DE LA FACE ET DES MACHOIRES. ABLATION SIMULTANÉE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR GAUCHE, DE LA PLUS GRANDE PARTIE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — GUÉRISON¹.

Pierre Bouvet, sourd-muet de naissance, âgé de cinquante-neuf ans, né dans le département de la Lozère, vint à l'hôpital de la Pitié, le 24 août 1859, pour y être traité d'un large ulcère épithélial du visage. Malgré plusieurs cautérisations énergiques et l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, la maladie n'en continua pas moins ses progrès; de sorte qu'au mois de février 1860 tout le côté gauche du visage était envahi par un vaste ulcère, lequel s'étendait, d'une part, depuis la paupière inférieure jusqu'à la région sous-maxillaire, et, d'autre part, depuis le voisinage de l'oreille jusqu'à l'aile du nez, et jusqu'au delà de la ligne médiane sur les lèvres supérieure et inférieure.

Les parties correspondantes des os maxillaires supérieur et inférieur participaient elles-mêmes à la dégénérescence; les gencives étaient transformées en végétations fongueuses et saignantes; les quelques dents qui persistaient encore étaient déchaussées et vacillantes; enfin les ganglions sous-maxillaires étaient considérablement tuméfiés.

Malgré cet effroyable désordre, malgré la sécrétion incessante d'un ichor sanieux et fétide, l'état général du malade ne présentait pas d'altération profonde. Il n'y avait pas de fièvre; l'appétit se soutenait, ainsi que le som-

¹ *L'Art dentaire*, 1860, p. 244.

meil; le moral surtout était excellent, et le malade implorait avec instance une opération.

Dans ces conditions, M. Maisonneuve crut pouvoir tenter encore un dernier effort, et fit comprendre au malade qu'on pourrait peut-être lui conserver la vie, mais qu'il lui faudrait pour cela subir une énorme mutilation.

Cette proposition ayant été accueillie, M. Maisonneuve procéda à l'opération le 25 février 1860, de la manière suivante:

Premier temps. — Portant la pointe d'un bistouri convexe dans le sillon naso-labial, il dirigea son incision:

1° De haut en bas, un peu au delà du milieu de la lèvre inférieure;

2° De bas en haut, sur le côté gauche du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil;

3° Transversalement, sous la paupière inférieure jusqu'au-devant de l'oreille;

4° De haut en bas, jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire;

5° Transversalement encore, sous le bord inférieur du maxillaire jusqu'au delà de la ligne médiane;

6° Enfin, de bas en haut, jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure.

Deuxième temps. — Après quelques dissections pour mettre à découvert les os malades, M. Maisonneuve fit, au moyen des ciseaux de Liston, la résection de l'os maxillaire supérieur presque en totalité, en ayant soin de laisser intact le voile du palais.

Troisième temps. — Passant ensuite au maxillaire inférieur, il fit avec la scie à chaîne la section de cet os: d'une part, au niveau de la dent canine droite, d'autre part, au-dessous de l'apophyse coronéide gauche.

Avant de terminer l'ablation de cette partie osseuse et de diviser l'insertion de la langue aux apophyses géni, cet organe fut maintenu au moyen d'un fil passé dans son épaisseur, pour empêcher que son poids ne l'entraînât en arrière et ne produisît la suffocation.

Après cette énorme mutilation, il n'eût été ni prudent ni même possible de pratiquer une opération autoplastique. M. Maisonneuve se contenta de panser la plaie à plat, en recommandant de surveiller attentivement la langue, qu'il avait pris la précaution de fixer aux pièces extérieures de l'appareil au moyen du fil passé dans son épaisseur. Puis, comme la déglutition était devenue impossible, il chargea l'interne de garde d'introduire plusieurs fois dans la journée la sonde œsophagienne pour alimenter le malade et lui donner quelque boisson.

Examen des tissus extirpés. — L'examen des parties enlevées a permis de constater que les os étaient le siège d'une destruction profonde. La partie réséquée du maxillaire inférieur était réduite au tiers à peu près de son volume normal; la partie en contact avec les ulcérations présentait une surface rugueuse et inégale. Le bord alvéolaire était détruit. Les parties molles,

examinées au microscope, ont été trouvées farcies de cellules épithéliales.

Les suites immédiates de cette grave opération furent beaucoup plus simples qu'on n'eût dû s'y attendre; c'est à peine s'il se manifesta de la fièvre. Le malade reposa une partie de la nuit.

Les jours suivants, la plaie se détergea peu à peu; une bonne suppuration s'établit, et le travail de réparation commença à se manifester. Le fil qui retenait la langue étant devenu inutile, fut enlevé le quatrième jour. Mais la déglutition restait toujours impossible. Seulement le malade, qui était plein d'intelligence et d'énergie, s'exerça à introduire lui-même la sonde œsophagienne, de sorte qu'il lui était facile de prendre à volonté des boissons et des aliments liquides.

Cet état dura jusqu'au 15 mars. A cette époque, les attaches de la langue ayant acquis une solidité suffisante, la déglutition commença à s'exercer d'une manière convenable, et l'on put supprimer l'usage de la sonde.

Peu à peu la puissance rétractile du tissu cicatriciel réduisit les dimensions de cette énorme perte de substance; de plus, la rigidité de ce tissu permettant aux muscles divisés de retrouver un point d'appui solide, la langue, les lèvres et la partie droite de la mâchoire recouvèrent leurs mouvements de manière à rendre assez facile la préhension des aliments.

Pendant quelques semaines encore, on surveilla très-attentivement l'état de la cicatrice, et voyant qu'elle restait parfaitement pure de toute récidive, on fit construire un obturateur en forme de demi-masque, destiné à couvrir l'énorme hiatus et à reconstituer la forme du visage; et lorsque le malade sortit, le 20 avril 1860, pour retourner dans son pays, il se trouvait, quant à sa santé générale, dans l'état le plus satisfaisant. La cicatrice était parfaitement nette, et ne présentait rien qui pût faire soupçonner une reproduction de la maladie.

EXTIRPATION SIMULTANÉE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR DU CÔTÉ DROIT, AINSI QUE DES PARTIES MOLLES CORRESPONDANTES POUR UN ÉNORME CANCROÏDE DE LA FACE. — GUÉRISON.

Il y a quelques mois à peine, M. Maisonneuve présentait à l'Académie des sciences l'observation d'un malade auquel il avait pratiqué, avec un succès complet, l'extirpation simultanée des os maxillaires supérieur et inférieur du même côté, ainsi que des parties molles correspondantes, pour un énorme cancroïde de la face. Voici qu'un second fait, presque entièrement semblable, vient encore de se produire entre les mains de cet habile chirurgien et démontrer, une fois de plus, que ces opérations si effrayantes au premier abord sont peut-être moins

dangereuses que d'autres devenues vulgaires, telles que les amputations de bras, de jambes, etc.

Portalier (Casimir), âgé de quarante-neuf ans, charpentier, vint à l'hôpital de la Pitié, le 16 juin 1860, pour y être traité d'une effroyable tumeur carcinomateuse ulcérée, qui avait envahi tout le côté droit de la face. L'œil, l'oreille et le nez formaient en haut la limite du mal, qui, dans sa partie inférieure, s'étendait jusqu'à la partie supérieure du cou. Les deux maxillaires, supérieur et inférieur, participaient à la dégénérescence; les dents du côté malade étaient toutes ébranlées ou absentes; les gencives formaient des bourrelets fongueux ulcérés sur plusieurs points.

Le malade implorait ardemment l'opération, et M. Maisonneuve, enhardi par le succès récent qu'il avait obtenu dans un cas à peu près semblable, se décida à l'entreprendre.

Elle eut lieu le 19 juin 1860.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve divisa d'abord verticalement la lèvre supérieure, à un centimètre à droite de la ligne médiane; il en fit autant de la lèvre inférieure jusqu'au-dessous du menton; ramenant ensuite son bistouri de dedans en dehors, il circoncrivit la tumeur tout le long du bord inférieur de la mâchoire; puis, de bas en haut, le long du bord postérieur de cet os, jusqu'au-devant de l'oreille; enfin, lui faisant parcourir un trajet à peu près transversal d'arrière en avant, il divisa les tissus qui recouvrent l'os malaire, le bord inférieur de l'orbite jusqu'au sillon naso-buccal, où, par une courbe brusque, il vint rejoindre le commencement de son incision.

Par une dissection rapide, il enleva complètement les parties molles, et mit à découvert les maxillaires supérieur et inférieur; l'un et l'autre étant profondément altérés, M. Maisonneuve n'hésita pas à en faire le sacrifice; une scie à chaîne divisa, près de la ligne médiane, l'os maxillaire inférieur, qui fut ensuite promptement énucléé et extrait par le procédé si rapide et si sûr de l'arrachement. Passant ensuite à l'os maxillaire supérieur, M. Maisonneuve l'enleva de deux coups de cisailles, par le nouveau procédé qu'il vient de soumettre à l'Académie des sciences, et qui consiste à porter d'abord un des mors de la pince dans la narine, l'autre dans la bouche, pour diviser la voûte palatine; puis, laissant dans la narine le mors qui y est déjà, à porter l'autre sur la face externe de l'os, pour en opérer la section transversalement au-dessous du plancher de l'orbite.

Toutes ces manœuvres étant terminées, M. Maisonneuve procéda à une exploration attentive de la plaie, fit encore l'excision de quelques ganglions malades, de quelques tissus suspects; puis, après avoir lié trois artérioles, il appliqua sur cette vaste plaie un pansement simple avec la charpie sèche.

570 RÉSECTIONS PARTIELLES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Malgré l'étendue et la multiplicité des désordres produits par cette laborieuse opération, la réaction fut modérée; dès le premier jour, la déglutition put se faire, grâce à la conservation du voile du palais. Néanmoins on dut, pendant la première semaine, employer la sonde œsophagienne pour introduire les aliments en quantité suffisante.

Bientôt la plaie se détergea, les bourgeons se développèrent, et la cicatrisation marcha d'une manière régulière.

Par le fait de la rétraction inodulaire, l'énorme perte de substance se réduisit à des dimensions peu considérables qu'un obturateur en gutta-percha dissimulait assez bien; de sorte que le 16 août, quand le malade sortit de l'hôpital, son état, sous le rapport de l'opération, était aussi satisfaisant que possible; la déglutition se faisait parfaitement; la phonation même n'était pas mal; seulement, malgré l'excellente condition dans laquelle se trouve actuellement le malade, nous devons dire qu'ici, comme dans la plupart des cas de cancers, la guérison ne peut s'entendre que de l'opération.

2° Résection du corps de l'os.

TUMEUR CANCÉREUSES DE LA FACE ET DU COU. RÉSECTION PARTIELLE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE¹.

Bain (Jacques), cultivateur, âgé de trente et un ans, d'une constitution robuste, issu de parents sains et bien portants, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, numéro 1, le 18 septembre 1841, pour s'y faire traiter d'une tumeur carcinomateuse qu'il porte au côté droit de la face et du cou. Cette tumeur a débuté, il y a dix-huit mois environ, par une nodosité roulante située à la base de la mâchoire. Dans l'espace de six mois elle est parvenue au volume d'un petit œuf et est devenue le siège de douleurs lancinantes; c'est alors seulement qu'elle a fixé l'attention du malade. A dater de ce moment, elle est devenue moins mobile; elle a contracté des adhérences avec l'os. Des cataplasmes, des emplâtres furent seuls employés pour combattre cette affection, jusqu'au moment où le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Alors la tumeur avait environ douze centimètres de diamètre en tous sens, elle remontait en haut jusqu'au-dessus de la ligne transversale étendue du nez à l'oreille; en bas elle descendait jusqu'à la ligne médiane; en arrière, enfin, elle recouvrait le sterno-mastoidien. La peau qui l'enveloppait était distendue, amincie, adhérente et ulcérée vers le centre.

Par la partie profonde, la tumeur offrait un peu de mobilité, excepté toutefois au niveau de la mâchoire où l'adhérence était complète. Cet os même paraissait presque entièrement enveloppé par le prolongement du mal.

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 469.

RÉSECTIONS PARTIELLES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. 571

La muqueuse des joues, des lèvres, les ganglions lymphatiques ne présentaient aucune altération; tous les autres organes étaient dans un état favorable.

M. Maisonneuve proposa l'amputation, qui fut exécutée le 21 septembre 1841.

Le malade est couché sur le lit d'opérations; la tête est relevée par des coussins et inclinée à gauche; une large incision cruciale divise en quatre lambeaux la peau, qui est promptement disséquée jusqu'à la base de la tumeur; la dissection est faite de bas en haut d'abord, puis de haut en bas; une seule artère volumineuse est ouverte; c'est la faciale dont on fait immédiatement la ligature; mais la carotide primitive, la carotide externe et interne, la veine jugulaire, le nerf pneumo-gastrique, l'hypoglosse sont disséqués et mis à nu comme dans une préparation anatomique.

Il en est de même du buccinateur et du masseter.

Pendant l'opération, M. Maisonneuve s'aperçoit que l'os maxillaire inférieur n'est pas malade dans toute son épaisseur, qu'il n'y a que son bord mentonnier de compromis; alors il se décide à extirper d'abord la tumeur pour aviser ensuite à ce qu'il conviendra de faire de l'os.

L'extirpation terminée, on constate, en effet, une lésion secondaire peu étendue en profondeur, mais régnant dans tout le bord mentonnier de la mâchoire; alors, avec la scie à crête de coq, on enlève un travers de doigt d'épaisseur de l'os dans toute la longueur de la partie malade. Quelques cautères furent portés sur les parties profondes. Les portions suspectes des lambeaux furent ensuite élaguées, et les lèvres de cette vaste plaie réunies à l'aide de la suture entortillée, et le tout maintenu par un bandage en fronde.

Comme il y avait eu dans les téguments, par suite de l'incision, une perte de substance assez considérable, on fut obligé d'incliner la tête du côté de l'opération et de la maintenir dans cette position.

Les trois premiers jours se passèrent assez bien; le malade resta soumis à une diète forcée, par la difficulté qu'il éprouvait dans la déglutition; mais il survint un gonflement assez considérable qui fit craindre un phlegmon. Une saignée du bras fit disparaître les accidents inflammatoires; la suppuration s'établit dans les anfractuosités de la plaie, dont les bords s'étaient en grande partie réunis par première intention. Le cinquième jour les emplâtres furent retirés.

Depuis lors le malade marcha vers la guérison, qui cependant ne fut complète que vers la fin de novembre, et qui dans cet intervalle fut entravée par des engorgements inflammatoires développés du côté opposé, ce qui fit craindre même une récurrence de l'affection cancéreuse; mais enfin la cicatrisation se consolida, et le malade sortit dans un état de guérison au moins provisoire; car, dans les affections encéphaloïdes, il ne faut pas se flatter trop promptement d'une guérison radicale.

Examen de la tumeur. — La tumeur était du volume de deux poings, inégale et bosselée dans sa partie profonde, lisse et régulière dans sa partie superficielle; elle était formée de tissu encéphaloïde ramolli dans son centre qui communiquait avec l'ulcération extérieure. La périphérie était d'un aspect assez ferme, on y voyait çà et là de petits épanchements sanguins coagulés et noirâtres.

TUMEUR ENKYSTÉE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR. RÉSECTION. — GUÉRISON RAPIDE.

M. Rioley, âgé de quarante-trois ans, vint consulter M. Maisonneuve pour une tumeur du volume d'un œuf de poule, formée aux dépens de la partie latérale gauche du corps de l'os maxillaire inférieur. Le malade raconte que dans sa première jeunesse, il fit sur le menton une chute violente qui a laissé dans cette région une cicatrice profonde. La dent canine de ce côté ne s'est jamais développée.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, l'os maxillaire inférieur a commencé à prendre un développement anormal au niveau de l'ancienne cicatrice. Cette tuméfaction complètement indolente, n'a fait que des progrès très-lents jusqu'à l'âge de quarante ans; mais depuis lors, sa marche est devenue plus rapide. La première petite molaire et la deuxième incisive gauche, soulevées par la tumeur, sont tombées spontanément. A leur place, s'est développée une production fongueuse et saignante; c'est alors que sur les conseils de M. le docteur Gibert, il vint consulter M. Maisonneuve.

Quand ce chirurgien le vit pour la première fois, la portion latérale gauche de l'os maxillaire était le siège d'une tuméfaction dont le relief équivalait à celui d'un œuf de poule, se portait autant à l'intérieur de la bouche qu'à l'extérieur du côté des gencives, la tumeur avait un aspect fongueux et saignant; mais ses parties latérales étaient dures, sauf un ou deux points où la pression du doigt déprimait son tissu, en produisant une crépitation parcheminée. Les parties molles étaient, du reste, parfaitement saines, et le malade n'accusait aucune douleur.

D'après ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita point à diagnostiquer un kyste développé dans l'intérieur même de l'os, et proposa l'opération qui fut acceptée; elle eut lieu le 21 octobre 1856, dans la Maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve divisa d'abord la lèvre inférieure sur la ligne médiane, par une incision verticale qu'il prolongea horizontalement sous le menton. Les parties molles furent détachées et renversées en dehors; le corps de l'os étant ainsi mis à découvert dans une partie de son étendue, on reconnut que son tissu était aminci et réduit à une coque, dans une longueur de quatre centimètres environ; aussitôt

M. Maisonneuve passa deux scies à chaîne avec lesquelles il fit la section de l'os sur les limites, non de la tuméfaction, mais de l'amincissement. Il enleva ainsi le corps de la tumeur dont les prolongements antérieur et postérieur furent ensuite énucléés de leur cavité osseuse. Les portions molles furent ensuite rapprochées par la suture en broche. Aucun accident ne vint contrarier la cicatrisation qui se fit par première intention, sauf un petit pertuis qui persista sous le menton jusqu'au huitième jour.

Après quelques semaines, M. Maisonneuve confia aux habiles dentistes, MM. Preterre et Fowler, le soin de remplacer, par une pièce artificielle, la portion d'os et les dents qu'il a dû sacrifier. La guérison ne s'est pas démentie.

Examen de la tumeur. La tumeur enlevée est formée par une portion de l'os maxillaire, réduite à une coque osseuse dans laquelle existait un tissu vasculaire et fibreux, plus une dent canine couchée en travers. Elle ne contenait aucune trace de matière cancéreuse.

RÉSECTIONS DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE

1° Résection des deux os maxillaires supérieurs.

NECROSE DES DEUX OS MAXILLAIRES SUPÉRIEURS. LEUR ABLATION SOUS-CUTANÉE. — GUÉRISON¹.

La découverte de nouvelles industries amène quelquefois la production de maladies nouvelles. C'est ainsi que la fabrication des allumettes phosphorées, dites allumettes chimiques, a rendu fréquentes les nécroses des os maxillaires. Nous n'avons point à faire ici l'histoire de cette maladie, non plus qu'à examiner en vertu de quel mécanisme c'est plutôt sur les os maxillaires supérieurs que sur tout autre appareil que le phosphore porte son action. Il est plus que probable que c'est le séjour des vapeurs phosphorées introduites par l'inspiration dans les sinus maxillaires, qui est la cause déterminante de la maladie. Quoi qu'il en soit, à une maladie nouvelle on a dû chercher une médication nouvelle aussi, et l'ablation de l'os maxillaire supérieur déjà plusieurs fois tentée à des époques antérieures,

¹ Gazette des Hôpitaux, 1850 p. 410