

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

est devenue plus fréquente depuis l'établissement des manufactures des allumettes de cette espèce. L'opération, pratiquée dans le cas dont nous allons brièvement tracer l'histoire, a présenté ceci de remarquable, que le chirurgien a enlevé, non pas un seul, mais les deux os maxillaires en totalité, et que, au contraire du manuel opératoire employé jusqu'à ce jour, il n'a été obligé de faire aucune incision sur les téguments de la face sur laquelle conséquemment il n'existe aucune autre trace matérielle de l'opération, que la déformation des traits du visage. Nous reviendrons à la fin de cet article, sur la différence qui existe entre le procédé inventé et mis en exécution par M. Maisonneuve, et celui qui est connu en médecine sous le nom de procédé Gensoul.

Une jeune fille de vingt ans, allemande, vient à Paris pour être employée dans une fabrique d'allumettes chimiques phosphorées. Pendant trois mois elle travaille dans cette fabrique au trempage des allumettes; cette opération, comme l'indique son nom, consiste à tremper les allumettes, préalablement souffrées, dans le mélange destiné à s'enflammer par le frottement. Les ouvriers et ouvrières occupés à ce travail sont plongés tout le jour dans une atmosphère remplie de vapeurs phosphorées. Au moment où elle commença à se livrer à cette occupation, elle avait deux ou trois dents cariées. Peu de semaines après, elle éprouva des douleurs dans la mâchoire supérieure, auxquelles succéda un gonflement qu'un médecin, consulté par elle, considéra comme une simple fluxion dentaire, et traita par des émollients et des astringents. Peu à peu le gonflement envahit les deux côtés de la mâchoire supérieure et s'accompagna de douleurs violentes, d'élançements, etc. La malade resta environ six mois dans cet état; puis, le mal ne faisant que s'aggraver, deux abcès s'étant formés, l'un au-dessous de l'œil gauche, l'autre au niveau de la dent canine droite, elle se décida enfin à entrer à l'hôpital Cochin, il y a environ un an.

Un examen attentif fit reconnaître à M. Maisonneuve que les deux os maxillaires supérieurs étaient affectés d'un travail de carie et de nécrose. Les limites du mal étaient assez difficiles à préciser; l'énorme suppuration, l'excessive fétidité qu'elle exhalait, l'impossibilité où elle se trouvait de manger aucun aliment qui ne fût imprégné de cette suppuration et de cette odeur, avaient amené un amaigrissement tel que la vie était en danger et prochainement compromise. On fit comprendre à la malade que la seule chance de salut pour elle était l'ablation des os malades. L'opération fut acceptée, et voici comment elle fut pratiquée.

Une incision demi-circulaire, à convexité antérieure, circonscrit en dedans de l'arcade dentaire supérieure toutes les parties molles de la voûte palatine jusqu'au voile du palais. Le lambeau résultant de cette incision est détaché avec les doigts et la spatule, et laissé adhérent par sa base au voile du palais. Une deuxième incision est faite au-devant de l'arcade dentaire et sert à isoler des os maxillaires toutes les parties molles qui les recouvrent. Cet isolement est prolongé avec les ciseaux, le bistouri et les doigts jusqu'aux os de la pommette des deux côtés d'une part, et d'autre part jusqu'aux os propres du nez et aux orbites.

Les os étant ainsi mis à nu, sans aucune incision extérieure aux téguments, le chirurgien saisit une pince de Liston, introduit un des mors dans la bouche, l'autre dans les fosses nasales, et écarte les deux os maxillaires qui, déjà isolés en partie par la maladie, deviennent vacillants. Il est alors facile, à l'aide de quelques pesées, de les ébranler complètement et d'en faire l'extraction.

Les parties osseuses ainsi extraites comprenaient :

- 1° Tout l'os maxillaire et une partie de l'os malaire du côté gauche;
- 2° Tout l'os maxillaire droit, moins la portion qui supporte la dernière dent molaire, et une partie de l'os malaire droit;
- 3° Enfin le vomer.

Cette énorme plaie intérieure est comblée par le rapprochement des lambeaux palatins, qui avaient été préalablement disséqués et que l'on réunit à la partie postérieure des lèvres et externe des joues par quelques points de suture. Il ne s'est écoulé que peu de sang pendant l'opération; les douleurs éprouvées par la malade ont été assez vives; l'opération a duré en tout vingt minutes, y compris les sutures.

La réunion des lambeaux palatins avec les parties molles voisines ne s'est opérée par première intention qu'imparfaitement. Pendant environ trois semaines on a eu une suppuration assez abondante, mais beaucoup moins fétide qu'avant l'opération. Quelques parcelles d'os se sont ultérieurement détachées, enfin la cicatrisation complète a été terminée au bout de quatre mois.

Malheureusement, la maladie avait gagné la partie latérale de l'os frontal du côté gauche. Dans ce point, l'altération des os n'est pas complètement arrêtée. Déjà plusieurs portions assez volumineuses ont été enlevées, mais, cependant, au point où en sont les choses, tout fait espérer que la guérison ne tardera pas à être complète. La suppuration est aujourd'hui presque insignifiante, l'étendue des os dénudés très-peu considérable; la santé générale est du reste très-bonne; la malade a repris de l'embonpoint et des couleurs.

Depuis que l'opération est faite, il s'est formé dans la région gingivale un tissu résistant qui supplée, jusqu'à un certain point, aux arcades dentaires, et permet à la malade, sinon de broyer des aliments très-durs, au moins de

manger du pain, des viandes molles, enfin de se nourrir presque comme à son ordinaire.

Nous avons dit que l'opération pratiquée était entièrement neuve et différait du tout au tout de celle de M. Gensoul. M. Gensoul est le chirurgien qui a le premier trouvé et formulé un procédé pour l'ablation du maxillaire supérieur. Mais pour enlever l'os, il prescrit de faire d'abord une incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure, qu'il divise au niveau de la dent canine. Du milieu de cette incision, ou plutôt à la hauteur de la base du nez, il en trace une seconde qui se prolonge jusqu'à un centimètre au-devant du lobule de l'oreille, et une troisième qui descend d'environ dix à douze millimètres en dehors de l'angle externe de l'orbite jusqu'au point de terminaison de la seconde. Il en résulte un lambeau quadrilatère que l'on dissèque et que l'on relève sur le front. Nous avons fait voir que M. Maisonneuve n'a pratiqué aucune incision extérieure, et qu'il a, de cette manière, épargné à la malade les cicatrices qui en auraient été la conséquence nécessaire.

Il y a, certes, dans ce procédé opératoire que nous pouvons appeler sous-cutané, une véritable supériorité. La malade de M. Maisonneuve que nous avons vue dans les salles de l'hôpital Cochin, il y a quelques jours, et qui y est encore, présente, il est vrai, une physionomie assez singulière en raison du retrait qu'ont dû subir les parties molles privées de leur appui solide naturel; mais la difformité eût été bien plus grande et bien plus choquante, si elle se fût compliquée de cicatrices labourant le visage dans tous les sens.

Enfin, et pour terminer, nous dirons que M. Maisonneuve considère l'opération qu'a subie cette malade, comme fort grave; mais que, lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un des os maxillaires supérieurs seulement, il la regarde comme beaucoup moins dangereuse qu'on ne le pense ordinairement. Pour lui, l'ablation d'un seul os maxillaire supérieur ne paraît pas compromettre plus sérieusement l'existence que ne le ferait une amputation de l'avant-bras par exemple.

RÉSECTION DES DEUX MAXILLAIRES SUPÉRIEURS. — GUÉRISON ¹.

M. Maisonneuve rappelle à la Société de chirurgie que déjà il a attiré son attention sur une ablation des deux maxillaires supérieurs. Cette malade, qui avait été soumise à des émanations phosphorées, a parfaitement guéri. Il signale un autre cas de double résection exécutée dans des circonstances beaucoup plus graves et de même couronnée de succès.

Une jeune femme, d'une bonne constitution et d'une bonne santé apparente, avait été opérée en province, sans succès, d'une tumeur comme poly-peuse développée dans les fosses nasales. L'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, M. Cusco pratiqua l'ablation d'une portion du maxillaire gauche. Mais le mal revint, et, de plus, envahit le côté droit. M. Maisonneuve, voyant la marche envahissante du mal et comptant sur la probabilité d'une affection non-cancéreuse, proposa à la malade de la débarrasser par une double ablation du maxillaire.

Voici comment il procéda à l'opération: Une incision faite à la ligne médiane divisa la peau du nez et la lèvre supérieure, une autre incision perpendiculaire à celle-là venait tomber sur la partie interne du grand angle de l'œil; deux lambeaux furent détachés et renversés sur la tempe, de telle façon que toute la face était à découvert. Avec une scie à chaîne on scia les apophyses montantes du maxillaire, après avoir détruit l'os unguis. On scia les maxillaires, qui furent détachés des palatins, et ces os furent enlevés. Les deux lambeaux de peau, ramenés sur la ligne médiane, furent réunis par des points de suture. Depuis cette opération, aucun accident grave n'est survenu. La malade est bien, et tout fait espérer une guérison. Dans la première opération de double ablation, M. Maisonneuve avait été obligé de refaire une paupière inférieure; cette circonstance amena une suppuration abondante, l'œil, au contact duquel s'était trouvée cette paupière, s'enflamma. Dans le cas actuel aucun accident de ce genre n'est survenu.

2° Résection d'un seul maxillaire supérieur.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DE LA FACE. EXTIRPATION SIMULTANÉE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR ET DE L'ŒIL DU CÔTÉ DROIT. — GUÉRISON ².

Vincent Lachnuytz, âgé de quarante-six ans, Polonais, s'aperçut, il y a dix ans, d'une légère tuméfaction au niveau du bord orbitaire inférieur du

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1851, p. 116.

² *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, p. 878.

côté droit. Pendant plusieurs années cette tumeur sembla rester stationnaire, mais vers 1850, ses progrès étant devenus plus sensibles, le malade consulta plusieurs médecins, et d'après leur conseil se soumit à des médications méthodiques par les préparations iodurées, la cigüe, l'arsenic et les eaux sulfureuses thermales. Malgré ces médications, le mal n'en continua pas moins ses progrès.

En 1855, la joue, fortement tuméfiée, devint le siège d'une ulcération profonde; en même temps apparurent des douleurs lancinantes. C'est à cette époque que le malade se rendit à Montpellier, où pendant plusieurs mois il se confia aux soins de MM. Alquier et Bonnefoi. Là encore il fut soumis à des traitements médicaux divers, qui n'apportèrent aucun soulagement à sa souffrance. Rebuté de l'insuccès de la médecine, il résolut de venir à Paris réclamer les secours de la chirurgie. Il entra d'abord à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, où il ne séjourna que quinze jours, et où, malgré ses instances on ne crut pas devoir entreprendre une opération qui paraissait presque impossible. C'est dans ces conditions qu'il vint consulter M. Maisonneuve.

Le côté droit de la face était le siège d'une tuméfaction énorme produite par une dégénérescence fongueuse de l'os maxillaire supérieur tout entier, par celles des parties molles de la joue, de l'orbite, de la paupière inférieure et du côté droit du nez. Le centre de cette tumeur était occupé par une ulcération profonde d'où s'écoulait un ichor fétide.

Le malade, en proie à des douleurs atroces, ne pouvait plus goûter un moment de repos. Abandonné à lui-même, il était inévitablement voué à la mort, et d'un autre côté les ressources médicales les plus énergiques, employées avec persévérance par les praticiens les plus éminents, n'avaient produit aucun résultat. Il ne pouvait donc rester d'espoir que dans une opération; mais cette opération était-elle possible?

D'illustres chirurgiens de Montpellier et de Paris l'avaient déclarée inexécutable, et avaient refusé de l'entreprendre à une époque où le mal était moins avancé. Malgré ces opinions imposantes, M. Maisonneuve, considérant que la dégénérescence n'englobait aucun organe essentiel à la vie, que les ganglions cervicaux eux-mêmes étaient intacts et que rien ne dénotait l'existence de la cachexie, pensa qu'au moyen de l'opération il restait encore quelque chance de sauver ce malheureux et ne crut pas devoir lui refuser cette dernière ressource.

C'est le 27 juillet 1854 que l'opération fut pratiquée dans la maison de santé des Frères Saint-Jean-de-Dieu.

Le malade étant couché sur un lit et soumis au chloroforme, M. Maisonneuve fit, du côté droit du nez, une première incision longitudinale qu'il prolongea jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. Une seconde incision oblique partant de la commissure externe des paupières contourna le bord

externe de l'ulcération de la joue et vint rejoindre la première au niveau de l'aile du nez. Le chirurgien put alors, par une dissection rapide, renverser le lambeau formé d'une partie de la lèvre et de la joue, de manière à mettre à découvert toute la partie antérieure de la tumeur.

Portant ensuite une scie à chaînette dans la fente sphéno-maxillaire, il la fit ressortir au-dessous de l'arcade zygomatique et divisa promptement les os compris dans sa concavité. Puis, à l'aide d'une pince de Liston, il coupa successivement la voûte palatine et l'apophyse montante de la mâchoire supérieure.

Enfin, après avoir détaché, d'un coup de bistouri, le voile du palais de ses adhérences aux parties osseuses, il fit basculer la tumeur et en acheva l'isolement au moyen de quelques coups de ciseaux.

Cette partie principale de l'opération étant achevée, M. Maisonneuve procéda immédiatement à l'extirpation de l'œil et à la destruction de tous les tissus dégénérés renfermés dans l'orbite ou dans les anfractuosités des fosses nasales et des sinus frontaux. Ce dernier temps exigea l'emploi énergique du fer rouge.

Enfin, quand il fut bien constaté que sur toute la surface de cette large excavation il ne restait plus rien de suspect, l'opérateur rapprocha autant que possible les lèvres de la plaie au moyen de serres fines et de la suture entortillée. Il resta toutefois au centre de la face un vide assez considérable, que M. Maisonneuve ne crut pas devoir combler par un lambeau autoplastique, afin de pouvoir mieux surveiller la cicatrisation des parties profondes.

Les suites de cette opération si grave furent vraiment d'une simplicité étonnante. Dès le quatrième jour, la cicatrisation des parties qu'on avait pu mettre en contact était complète, la portion de plaie restée béante se recouvrit bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, et que six semaines étaient à peine écoulées depuis l'opération que le malade, complètement débarrassé de ses douleurs et de ses insomnies, avait recouvré toutes ses forces et tout son embonpoint. Enfin, grâce à un obturateur habilement construit par M. Charrière, l'énorme perte de substance est entièrement dissimulée et la parole est aussi nette que dans l'état le plus normal.

Examen de la tumeur. — La tumeur est un ostéosarcome de l'os maxillaire supérieur droit, à l'exception du rebord alvéolaire qui a échappé à la dégénérescence et est encore garni de toutes ses dents parfaitement saines, tout le reste de l'os a presque entièrement disparu dans la masse cancéreuse. Le globe oculaire est sain, mais tous les tissus qui l'environnent sont envahis par la maladie. La guérison de ce malade s'est parfaitement maintenue et ne s'est pas démentie depuis plusieurs années.

CANCROÏDE DE LA FACE. ABLATION DE L'ŒIL, DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, DE LA MOITIÉ DU NEZ ET DE LA TOTALITÉ DES PARTIES MOLLES DE LA JOUE CORRESPONDANTE. — GUÉRISON¹.

Les affections cancéreuses de toutes sortes, les tumeurs extraordinaires affluent, comme chacun sait, à l'hôpital de la Pitié dans les salles de M. Maisonneuve; et contre ces maux extrêmes, l'habile chirurgien déploie chaque jour une nouvelle énergie.

L'observation suivante donnera une idée de ce que peut, entre ses mains, la médecine opératoire.

Fortin (Auguste), âgé de quarante-deux ans, tisseur, entra le 25 avril à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve. Il était affecté d'un cancroïde végétant qui avait envahi l'os maxillaire supérieur droit, l'œil du même côté, ainsi que toutes les parties molles de la joue correspondante. Il résultait de cette dégénérescence une tumeur volumineuse qui occupait la presque totalité du côté droit de la face. Malgré la profondeur et l'étendue de la maladie, M. Maisonneuve ne crut pas impossible de tenter une opération, qui fut en effet exécutée le 28 avril.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve cerna toute la base de la tumeur par une longue incision courbe, qui, partant de la région frontale, descendait sur le dos du nez, puis sur la lèvre supérieure, dont elle ne respecta que le bord muqueux; puis, se prolongeant horizontalement jusqu'auprès de l'oreille, elle remonta sur l'os de la pommette et regagna son point de départ en circonscrivant le bord supérieur de l'orbite. Après quelques ligatures jetées sur les artérioles qui fournissaient du sang, l'opérateur divisa, avec la scie à chaîne, la voûte palatine et l'os de la pommette, coupa les os du nez avec la pince incisive, détacha le voile du palais, et enleva d'un seul bloc l'os maxillaire supérieur, l'œil, la moitié droite du nez, et la joue correspondante. Après cette énorme mutilation, il n'était pas possible de songer à une restauration autoplastique. Aussi, M. Maisonneuve se borna-t-il à un pansement simple avec de la charpie. La fièvre traumatique se développa sans intensité excessive; la suppuration s'établit franchement et la cicatrisation suivit une marche régulière. Il restait toutefois un énorme hiatus par lequel la langue, le voile du palais, le pharynx étaient vus à découvert. M. Maisonneuve ne songea même pas à tenter une restauration autoplastique. Il fit appel à l'habileté bien connue de M. Charrière, qui, par une

¹ *Moniteur des Hôpitaux*, 1856, p. 709.

prothèse ingénieuse, reconstruisit un visage complet en remplaçant les paupières, l'œil, la joue, le nez et la voûte palatine.

Le malade, qui est sorti de l'hôpital le 14 juillet, parle avec une netteté parfaite, mange avec facilité, et, grâce à son visage artificiel, se promène dans les rues et se mêle à la foule sans que rien attire sur lui l'attention.

Quatre autres malades dans des conditions plus ou moins analogues, sont actuellement en traitement dans les salles de la Pitié, et c'est vraiment une chose intéressante à voir que l'innocuité de ces énormes mutilations de la face, pourvu qu'on ne complique pas l'opération principale par des opérations accessoires d'autoplastie. Dans ses entretiens cliniques, M. Maisonneuve insiste beaucoup sur ce point, et les considérations que nous lui avons entendu exposer nous ont paru dignes d'être méditées.

Beaucoup de chirurgiens, dit-il, s'effrayent de nos opérations, qui cependant n'ont d'autre but que d'arracher à une mort horrible et inévitable des malheureux dévorés par le cancer, et ces mêmes chirurgiens exaltent des opérations d'autoplastie beaucoup plus dangereuses, et qui n'ont d'autre résultat que de masquer une difformité. On a même qualifié nos opérations de chirurgie dévastatrice, et décoré les autres du nom de chirurgie réparatrice. Mais quand, au lieu de se payer de mots, on scrute le fond des choses, on ne tarde pas à voir que la vraie chirurgie est bien plutôt celle qui lutte énergiquement contre un mal redoutable dans le but de conserver la vie que celle qui, dans un but de simple coquetterie, expose les jours du malade.

EXTIRPATION D'UN OSTÉOSARCOME. RÉSECTION TOTALE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR¹.

Le 7 juillet 1842, le nommé Clognets (Joseph), âgé de soixante-neuf ans, cultivateur, se présente à la consultation de M. Maisonneuve, à la Charité, pour une tumeur volumineuse qu'il portait à la mâchoire supérieure du côté gauche.

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1842, p. 605.

Cette tumeur datait seulement de trois mois; avant cette époque, le malade n'en avait aperçu aucune trace; il n'éprouvait dans le lieu qu'elle occupe actuellement aucune douleur, aucune sensation anormale. La maladie a débuté par une tuméfaction légère de la joue gauche, simulant une fluxion dentaire; elle s'est étendue peu à peu sans causer de vives douleurs au malade, si ce n'est depuis quinze jours qu'elle est le siège de douleurs lancinantes. Maintenant elle a le volume du poing; elle soulève fortement la peau qui, dans le point le plus culminant, est amincie, légèrement violacée; mais cependant ne paraît pas adhérente. En dedans, cette tumeur envahit la fosse nasale presque tout entière, repousse même la cloison; le méat inférieur, cependant, permet l'introduction d'une sonde.

En bas, tout l'os maxillaire supérieur gauche et l'os palatin se trouvent fondus dans la tumeur; les dents de ce côté n'existent plus; la voûte palatine, inégale et bosselée, fait saillie en bas, et n'offre aucune trace de la résistance osseuse qui lui est particulière.

A droite, le mal est exactement limité par la ligne médiane; en arrière il s'étend jusque près du voile du palais, qui reste parfaitement sain. En haut, le plancher de l'orbite participe dans sa partie inférieure à la dégénérescence; on en peut exactement assigner la limite. En dehors, l'os de la pommette paraît tout à fait intact.

La consistance de la tumeur est molle dans certains points, et donne la sensation d'une fluctuation obscure; dans d'autres points elle est plus dure et comme fibreuse; la peau qui recouvre le mal est saine dans toute son étendue; il est un point seulement, large comme une pièce de cinq francs, où elle semble adhérente, mais ce n'est qu'une illusion. M. Maisonneuve fait remarquer qu'en prenant certaines précautions, on peut la plisser et reconnaître qu'elle ne participe point à la maladie sous-jacente. La santé générale du malade est bonne, son moral excellent; il désire vivement se faire débarrasser d'un mal dont la marche rapide l'effraye, et dont il connaît toute la gravité.

Avant de rien entreprendre, M. Maisonneuve crut devoir prendre conseil d'hommes éminents par leur savoir et leur expérience. MM. Récamier et Velpeau examinèrent le malade, et, tout en déclarant l'extrême gravité du mal, pensèrent qu'on pouvait tenter quelque chose pour sa guérison. M. Maisonneuve, en conséquence, proposa l'opération, qui fut acceptée immédiatement.

Le 14 juillet 1842, il y procéda de la manière suivante:

Le malade est couché sur la table d'opérations, la tête élevée et inclinée à droite; une première incision, partant de l'angle externe des paupières, vient tomber sur la lèvre supérieure, qu'elle divise à trois centimètres environ de la commissure; une seconde, partant du milieu de la première, se dirige sur l'angle interne de l'œil; les trois lambeaux sont disséqués rapidement et re-

levés; la peau qui la compose est parfaitement saine et non adhérente, ainsi que l'avait prévu l'opérateur. Trois scies à chaînette sont passées; l'une dans la fente sphéno-maxillaire pour couper l'os jugal; l'autre dans la fosse nasale gauche à travers le voile du palais; la troisième pour couper l'apophyse palatine du maxillaire, dans la même fosse nasale à travers l'os unguis pour couper l'apophyse montante. Leur passage fut rapidement exécuté à l'aide d'une sonde de Belloc pour la deuxième, et à l'aide d'une aiguille courbe pour la première et la dernière.

Au moyen de ces trois scies à chaînettes la section des os fut exécutée en un clin d'œil. L'opérateur saisit alors la pince de Liston, dont les mors, portés derrière l'apophyse du palatin, détachèrent cet os du sphénoïde. La tumeur alors, ne présentant plus aucun point d'attache aux parties osseuses, fut, par un simple mouvement de bascule et quelques coups de bistouri, détachée des parties molles et complètement enlevée.

Le nerf sous-orbitaire ne fut coupé qu'en dernier lieu, ainsi que la portion adhérente du voile du palais.

Deux artères seulement durent être liées, la coronaire labiale et l'une des branches profondes de la maxillaire interne. Le fer rouge fut ensuite porté sur toutes les parties que leur voisinage du mal pouvait rendre suspectes.

La plaie ensuite fut réunie par de nombreux points de suture entortillée.

Examen de la tumeur. — La tumeur occupait le sinus maxillaire, qu'elle remplissait tout entier; elle avait envahi l'orbite en détruisant la paroi inférieure; elle se prolongeait dans la narine gauche après avoir détruit sa paroi externe. La voûte palatine et la fosse canine étaient pareillement envahies par la désorganisation. La section cependant avait été faite partout dans les parties saines. Examinée à l'intérieur, la tumeur offrait tous les caractères du tissu encéphaloïde en voie de ramollissement; plusieurs points étaient déjà transformés en une matière pulpeuse, au milieu de l'épaule se voyaient çà et là des épanchements sanguins.

Suites de l'opération. — Le malade fut mis à une diète absolue.

Le deuxième jour on lui accorda quelques grammes de vin de Bagnols, dont la déglutition ne put être faite qu'avec difficulté.

A dater du troisième jour, la suppuration devenant abondante, on fit, à l'aide d'une seringue, de fréquentes injections détersives pour balayer les matières putrides; on accorda au malade du bouillon, du lait, du vin de Bordeaux.

Le cinquième jour on enleva les points de suture; presque partout la réunion s'était opérée; il restait seulement au niveau de la convergence des trois lambeaux un petit espace triangulaire où la cicatrisation ne s'était pas opérée.

Au quinzième jour, les forces du malade s'étant rétablies, on pratiqua l'avivement des bords de l'ouverture, afin d'en opérer le rapprochement, qui, cette fois encore, ne se fit que d'une manière incomplète.