

KYTE BUTYREUX DU SINUS MAXILLAIRE¹

M. Maisonneuve présente à la Société de chirurgie un cas de kyste maxillaire. Une jeune fille qui, il y a peu de jours encore, avait le visage déformé par une tumeur considérée, par d'éminents praticiens et un micrographe des plus justement renommés, comme un cancer encéphaloïde incurable est en ce moment opérée et guérie.

Nivet (Victorine-Éléonore), âgée de vingt et un ans, bergère, née à Montmirail, s'aperçut, il y a un an, d'un léger gonflement de la joue du côté droit; cette tuméfaction fit des progrès rapides et s'accompagna bientôt de violentes douleurs de tête. L'ouverture spontanée d'un petit abcès qui s'était formé vers l'angle interne de l'œil la soulagea momentanément; mais la tumeur principale n'en continua pas moins ses progrès jusqu'au 5 novembre 1854, où elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier.

A cette époque, le côté droit de la face était le siège d'une tuméfaction énorme, qui envahissait le nez, toute la région maxillaire supérieure, et la paroi interne de l'orbite. La narine droite était distendue et complètement obstruée par une tumeur élastique et saignante. Les os du nez étaient refoulés et en partie détruits, l'œil était repoussé en dehors. La peau qui recouvrait la tumeur était amincie et luisante, elle était le siège de deux ulcérations profondes situées l'une près de l'angle externe de l'œil, l'autre sur la partie la plus saillante de la tuméfaction. De violentes douleurs s'irradiaient dans tout le côté droit de la face et ne laissaient à la malade aucun repos.

En présence de ces symptômes, on ne pouvait guère douter qu'on n'eût affaire à un cancer encéphaloïde des plus graves. Tel fut, en effet, le diagnostic de M. le professeur Laugier; tel fut aussi celui d'un savant micrographe auquel on crut devoir soumettre une portion de la tumeur qu'on excisa dans ce but.

Pendant six semaines que la malade resta dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, où elle fut soumise à des examens multipliés, rien ne vint infirmer le diagnostic, et le mal, dont les progrès étaient incessants, parut tellement au-dessus des ressources de l'art, que l'on ne crut pas même devoir tenter l'opération. C'est dans ces conditions désespérées que la malade vint à l'hôpital de la Pitié se confier à mes soins.

¹ *Moniteur des Hôpitaux*, 1855, p. 24.

En présence de cette affection si grave, au moins en apparence, j'éprouvai, je l'avoue, un moment d'hésitation; mais, en voyant cette jeune fille pleine de vie et de courage, je ne pus me résoudre à l'abandonner à une mort horrible sans tenter quelque chose pour la guérir.

Déjà, tout en explorant la tumeur, je commençais à combiner dans ma pensée le plan d'une opération terrible, quand, après vingt minutes environ de l'examen le plus minutieux et le plus approfondi, dans le but autant peut-être de déterminer les limites exactes du mal que d'en apprécier la nature, je déclarai que ce prétendu cancer encéphaloïde pourrait bien n'être qu'un kyste butyreux du sinus maxillaire, auquel cas la malade serait guérie en peu de jours.

Ce diagnostic m'avait été suggéré pendant mon exploration par cette circonstance que la pression du doigt faisait sourdre de la narine une matière butyreuse analogue à celle que l'on voit dans certains kystes sébacés du cuir chevelu.

Heureux de cette découverte si inattendue, je fis immédiatement, par la narine, une ponction qui pénétrait jusqu'au centre de la tumeur; et, combinant à la fois la pression et les injections, je parvins à extraire, de cet énorme kyste, gros comme les deux poings environ d'une matière suiveuse blanche.

Aucun accident ne suivit cette opération. Pendant cinq ou six jours, je me contentai de faire, dans l'intérieur du kyste, des injections détersives, sous l'influence desquelles la tumeur revint sur elle-même, et les traits du visage ne tardèrent pas à reprendre leur forme naturelle.

Quinze jours à peine se sont écoulés depuis cette heureuse opération, et la malade, qui, naguère hideuse et difforme, semblait vouée à une mort prochaine, a recouvré aujourd'hui toute la régularité de ses traits, et semble toute disposée à parcourir une longue existence.

EXTRACTION D'UNE BALLE ENCHATONNÉE DANS LE MAXILLAIRE SUPÉRIEUR¹

Caillot (Julien), âgé de vingt-sept ans, rue Folie-Méricourt, 38, vint, le 10 juin 1855, réclamer, à l'hôpital Cochin, les soins de M. Maisonneuve pour une fistule très-difforme qu'il portait depuis cinq ans à la joue gauche.

Il raconte qu'au mois de février 1848 il fut blessé au côté gauche de la face, au niveau de la fosse canine, par un coup de baïonnette (nous verrons tout à l'heure que le renseignement était erroné). Malgré les soins de plu-

¹ *Moniteur des Hôpitaux*, 1855, p. 655.

sieurs chirurgiens habiles, la cicatrisation ne put être obtenue, et la plaie se transforma en une fistule difforme, dont le fond excavé était adhérent à l'os maxillaire. Fatigué de cette infirmité pénible, le malade alla consulter deux des chirurgiens les plus en renom; l'un et l'autre s'accordèrent à lui conseiller de se faire extraire les dents voisines, ce qu'il fit sans éprouver le moindre soulagement. Enfin, désespéré de la persistance de cette affection et décidé à tout entreprendre pour en être débarrassé, il vint à l'hôpital Cochin réclamer les soins de M. Maisonneuve.

La joue gauche était le siège d'une excavation profonde, d'où suintait incessamment une suppuration abondante. Le bord alvéolaire supérieur, de ce côté, était dégaré de toutes ses dents, par suite des conseils qu'on avait antérieurement donnés au malade: l'écartement des mâchoires était difficile et douloureux. En présence de ces désordres, M. Maisonneuve jugea tout d'abord qu'ils devaient être la conséquence de quelque corps étranger; partant de cette idée, et considérant d'autre part que, dans tous les cas, il était nécessaire, pour remédier à la dépression profonde de la joue, de détruire les adhérences que les parties molles avaient contractées avec l'os maxillaire, il conçut immédiatement l'idée d'une opération ingénieuse qui lui permit à la fois de résoudre la question du diagnostic et de débarrasser le malade de son infirmité.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve introduit dans la bouche un bistouri convexe, et, d'un seul trait, dissèque les adhérences existant entre la joue et l'os maxillaire. Portant ensuite le doigt index dans cette incision, pour explorer l'os malade et relever les parties molles, il reconnut aussitôt la présence d'un corps étranger profondément incrusté dans le sinus, et, par un mouvement rapide, pratiqua l'extraction de ce corps, qui n'était autre qu'une balle de calibre.

Il ne s'agissait plus que de détruire la cicatrice profonde et difforme des parties molles; cernant alors cette cicatrice par une double incision, il l'enlève et réunit les lèvres de la solution de continuité au moyen de quatre points de suture entortillée. A ce moment, une scène des plus comiques vint égayer les nombreux élèves qui assistaient à l'opération.

Le malade, encore sous l'influence de l'ivresse chloroformique, et tenant en main la balle qu'on venait d'extraire, interpella, dans un langage grotesque, les deux chirurgiens célèbres qui lui avaient successivement fait arracher les dents de sa mâchoire supérieure.

Le résultat de cette opération fut aussi rapide que complet. Dès le quatrième jour la plaie extérieure était cicatrisée; la joue avait repris sa forme naturelle, et ne présentait plus qu'une cicatrice linéaire, à la place de la fistule hideuse qui la défigurait antérieurement.

Enfin, le 20 juin, le malade sortit parfaitement guéri.

TABLEAU GÉNÉRAL DES RÉSECTIONS DES OS MAXILLAIRES. 597

NOMS.	ÂGES.	MALADIES.	OPÉRATIONS.	DATES.	RÉSULTAT.
Désarticulations totales du maxillaire inférieur.					
1. SOLIVEAU	16	Cancer de l'os	Désarticulation totale	24 sept. 1851. 9 avril 1855.	Guéri.
2. ISAMAT	55	Cancer de l'os	Désarticulation totale	15 avril 1856.	Guéri.
3. SAUMON	18	Cancer de l'os	Désarticulation totale	25 juin 1857.	Guérie.
4. CHÉROT	54	Cancer de l'os et des parties molles	Désarticulation totale	14 déc. 1855.	Guéri.
Désarticulations partielles du maxillaire inférieur.					
5. CABOIS	57	Cancer	Gauche	Sept. 1851.	Mort.
6. MOREL	65	Cancer	Droite	15 avril 1855.	Mort.
7. VADY	46	Cancer	Droite	9 avril 1855.	Guéri.
8. VEAUDIT	64	Cancer	Droite	2 juill. 1855.	Mort.
9. BON	50	Cancer	Droite	2 nov. 1855.	Guéri.
10. MALDIDIER	56	Cancer	Gauche	14 déc. 1855.	Guéri.
11. JANNY	57	Cancer	Droite	2 mai 1854.	Guéri.
12. ESMINGIER	55	Nécrose	Gauche	16 nov. 1854.	Guéri. ¹
15. X., à Nort	49	Cancer de la langue et du pharynx	Droite	24 oct. 1854.	Guéri.
14. X., à Soissons	16	Ostéosarcome	Gauche	Sept. 1854.	Mort.
15. GRÉGOIRE	64	Cancer	Gauche	27 nov. 1855.	Guérie.
16. RENARD	60	Cancer	Droite	20 mars 1855.	Mort.
17. PREVOST	70	Cancer	Gauche	6 fév. 1855.	Mort.
18. HASTIN	55	Cancroïde	Droite	19 janv. 1855.	Mort.
19. NOURRICIER	58	Cancer	Gauche	18 janv. 1855.	Guéri.
20. NIVET	21	Kyste	Droite	21 déc. 1855.	Guéri.
21. BELOT	58	Cancer de la langue	Gauche	5 juill. 1856.	Guéri.
22. ANTOINE ²	45	Cancer	Droite	2 nov. 1856.	Guéri.
25. HOUSSIN	52	Cancer de la langue	Droite	19 fév. 1856.	Guéri.
24. BETREY	56	Cancer	Gauche	25 fév. 1856.	Mort.
25. ARNOULT	55	Cancer	Droite	14 oct. 1856.	Guéri.
26. MOUSSIN	55	Cancer	Droite	25 oct. 1857.	Guéri.
27. MUEZT	56	Cancer	Droite	8 fév. 1857.	Mort.
28. BRULEY	62	Cancer	Droite	25 avril 1857.	Mort.
29. VIEUX-LAMONTAGNE	17	Ostéite dent de sagesse	Droite	25 oct. 1857.	Guéri.
50. LEROY	42	Nécrose	Branche montante	19 déc. 1857.	Guéri.
51. X., à Paris	50	Ostéite (dent de sagesse)	Droite	21 déc. 1857.	Mort.
52. ROMALIN	41	Cancer	Gauche	5 mai 1859.	Morte.
55. PORTALIER	49	Nécrose	Supérieur et inférieur	19 juin 1860.	Guéri.
54. CAMRON	47	Cancer	Droite	2 août 1860.	Mort.
55. BONNET	58	Cancer	Gauche	25 fév. 1860.	Guéri.
56. GUET	00	Cancer	Moitié	6 sept. 1860.	Mort.
57. GOSSELIN	69	Cancroïde	Branche montante	12 oct. 1861.	Guéri.
58. CHAURIN	56	Cancer	Droite	17 oct. 1861.	Mort.
59. MONTURA	54	Cancer	Gauche	5 sept. 1861.	Mort.
40. VOLPILLAC	62	Tumeur	Gauche	29 avril 1862.	Guéri.

¹ Le mot guéri, appliqué aux malades affectés de cancer, n'est relatif qu'à l'opération et ne préjuge en rien la question de récurrence.

² Plusieurs noms se trouvent à la fois sur les deux tableaux du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur. Cela tient à ce que les malades ont subi la résection de l'une et de l'autre mâchoire.

NOMS.	AGES.	MALADIES.	OPÉRATIONS.	DATES.	RÉSULTAT.
Résections du maxillaire inférieur.					
41. BAIN.	51	Cancer.	Droit.	18 sept. 1842.	Guéri.
42. MAILLEFER.	61	Tumeur fibro-plastique.	Résection.	Août 1851.	Guéri.
43. JÉRÔME.	70	Cancer.	Résection.	14 oct. 1852.	Mort.
44. GUÉRAULT.	55	Cancer.	Résection.	30 juill. 1855.	Mort.
45. LERES.	65	Cancer.	Résection.	21 avril 1854.	Mort.
46. VAUDRAT.	54	Tumeur.	Menton.	5 déc. 1854.	Guéri.
47. BOIROU.	20	Nécrose.	Corps de Pos.	21 déc. 1855.	Guéri.
48. RIOLEY.	45	Kyste.	Menton.	51 oct. 1856.	Guéri.
49. FIGIÈRE.	18	Kyste.	Trépanation.	15 fév. 1857.	Guéri.
50. LÉMOINE.	52	Cancer.	Résection.	29 mai 1857.	Guéri.
51. PETIT.	25	Corps étranger.	Extraction.	10 juin 1857.	Guéri.
52. HUREUX.	69	Tumeur.	Résection.	4 janv. 1858.	Guéri.
55. MONTRÉUIL.	25	Nécrose.	Extraction de séquestre.	5 fév. 1858.	Guéri.
54. BANNEVILLE.	65	Cancer.	Résection.	5 juill. 1858.	Guéri.
55. BONY.	57	Cancer.	Résection.	27 oct. 1858.	Mort.
56. TOLLERON.	49	Tumeur.	Résection superficielle.	19 oct. 1858.	Guéri.
57. PALOUX.	75	Tumeur.	Résection.	1 ^{er} nov. 1858.	Mort.
58. LABOUREL.	57	Tumeur.	Résection.	15 nov. 1858.	Guéri.
59. CADELLET.	46	Cancer.	Résection.	18 janv. 1859.	Guéri.
60. PIAT.	25	Cancer.	Résection.	28 avril 1859.	Morte.
61. BONNET.	58	Cancroïde.	Gauche.	27 mars 1860.	Guéri.
62. HANEL.	49	Tumeur.	Résection.	7 août 1860.	Mort.
Résections du maxillaire supérieur.					
65. CLOGNETZ.	60	Cancer.	Complète.	14 juill. 1842.	Guéri.
64. CHABRILET.	72	Cancer.	Complète.	Août 1850.	Guéri.
65. THIERRY.	60	Nécrose.	Complète.	Octobre 1850.	Guérie.
66. POECH.	25		Complète.	Août 1850.	Guérie.
67. PELLETIER.	59	Cancer.	Complète.	Février 1851.	Guérie.
68. VOLFART.	25	Polype fibr. du phar.	Complète.	Février 1852.	Guéri.
69. BURTH.	25	Polype.	Complète.	Août 1852.	Guérie.
70. SOUMEN.	42	Cancer.	Complète.	Mars 1852.	Guéri.
71. CAUVIGNY.	25	Cancer.	Complète.	17 sept. 1855.	Mort.
72. BON.	50	Polype.	Partielle.	2 nov. 1855.	Mort.
75. LACHNUVITCH.	46	Cancer.	Avec l'œil.	27 juill. 1854.	Guéri.
74. DESPLAY.	69	Cancer.	Complète.	21 août 1855.	Guéri.
75. BOULOC.	20	Polype.	Complète.	2 août 1855.	Guéri.
76. PARAT.	21	Cancer.	Résection droite.	19 fév. 1856.	Guéri.
77. CŒUR-DE-ROI.	48	Cancer.	Complète.	26 fév. 1856.	Guéri.
78. FORTIN.	42	Cancer.	Ablation droite et œil.	26 août 1856.	Guéri.
79. GROSSE.	72	Cancroïde.	Résection.	12 juill. 1856.	Mort.
80. MEYER.	22	Hydropsie sinus maxill.	Excision.	24 juill. 1856.	Guéri.
81. BOISSY.	56	Polype.	Résection.	21 août 1856.	Mort.
82. ANTOINE.	45	Cancer.	Supérieur et inférieur.	21 oct. 1856.	Guéri.
85. BEQUET.	51	Tumeur à la voûte palat.	Complète.	7 août 1857.	Guéri.
84. OUDIN.	52	Cancer.	Complète.	8 mai 1858.	Mort.
85. TOLLERON.	49	Tumeur.	Supérieur et inférieur.	19 oct. 1858.	Guéri.
86. ROMALIN.	41	Tumeur naso-pharyng.	Supérieur et inférieur.	5 mai 1859.	Morte.
87. CONQUÈTE.	16	Tumeur.	Complète.	2 juill. 1859.	Mort.
88. TOUTEAU.	21	Polype.	Résection.	26 mai 1860.	Guéri.
89. PORTALIER.	49	Nécrose.	Supérieur et inférieur.	19 juin 1860.	Guéri.
90. ALOTRE.	69	Nécrose.	Résection.	21 juill. 1860.	Guéri.
91. DORN.	50	Nécrose.	Ablation sous-périost.	12 août 1861.	Guéri.
92. MEUNIER.	18	Tumeur.	Ablation gauche.	16 août 1861.	Mort.
95. DESGENAIS.	65	Cancer.	Désarticulation.	1 ^{er} août 1862.	Mort.
94. THURON.	54	Tumeur.	Résection.	17 mai 1862.	Guéri.

RÉSECTIONS DIVERSES

EXTIRPATION D'UNE EXOSTOSE DE L'ETHMOÏDE¹

GUÉRISON RAPIDE AVEC CONSERVATION PARFAITE DES FONCTIONS ET DES MOUVEMENTS DE L'ŒIL

M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme chez lequel il a fait, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf et dure comme de l'ivoire, avait complètement chassé l'œil de l'orbite, et causait au malade d'intolérables douleurs.

Par une opération aussi heureusement exécutée que hardiment conçue, M. Maisonneuve en a fait l'ablation complète, et, chose remarquable, l'œil replacé dans l'orbite a complètement recouvré la faculté de voir. Tous ses mouvements les plus délicats ont été conservés, et la physionomie ne présente pas la moindre altération.

Voici les détails qui nous ont été transmis sur cette opération et sur la maladie qui l'a nécessitée :

Joffrin (Théodore), âgé de vingt-deux ans, journalier, d'une constitution robuste, raconte que vers les premiers jours du mois de mai 1855, il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et de douleurs sourdes, en même temps il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre; il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable; il lui semblait que son œil était

¹ *Moniteur des Hôpitaux*, 1855, p. 765.

pressé dans un étau. Cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant.

C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin. Celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure, placée vers la partie profonde et la partie interne de l'orbite, et, considérant avec raison cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris, et à venir consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet que ce chirurgien le vit pour la première fois; l'œil droit était complètement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe. Les paupières ne le recouvraient que fort incomplètement, aussi la conjonctive était-elle le siège d'un certain degré d'inflammation.

Les larmes cependant continuaient leur cours régulier et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie.

A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait au toucher la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde, et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse; elle était peu sensible à la pression; mais elle était le siège de douleurs sourdes qui fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre.

En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée.

Quelle était la cause de cette affection? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner à cet égard le moindre éclaircissement; il n'avait jamais reçu de coup dans l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affections cutanées, d'accidents scrofuleux.

Néanmoins, avant de rien entreprendre, le chirurgien, M. Maisonneuve, crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, à la dose de deux grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre amélioration.

Le malade désirait vivement l'opération, M. Maisonneuve se rendit à ses instances, et l'exécuta le jeudi 14 juillet de la manière suivante. Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna par une incision demi-circulaire toute la partie interne de la circonférence de l'orbite en commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire et même la poulie du grand oblique.

Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut

d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles, puis commença la partie difficile de l'opération.

La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement et semblait se continuer, non-seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité était située trop profondément pour qu'il fût possible de la circonscire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise.

M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec une scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc.; l'étroitesse de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas de faire usage de ces instruments. On essaya alors les pinces de Liston; mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compacte, que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer. Plus d'une demi-heure se passa dans ces tentatives infructueuses; deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides! Une autre pince fournie par M. Charrière, qui assistait à l'opération, eut le même sort. Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instruments sécateurs, le chirurgien envoya chercher un ciseau à froid, puis, à l'aide de cet instrument et d'un maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait toujours et ne se laissait point entamer; un de ses mamelons seulement, gros comme une noisette, se détacha après des efforts et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fut cependant la circonstance qui décida le succès. En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile. Cette mobilité toutefois était bien peu prononcée; car il fallut un examen attentif pour établir positivement son existence.

Un grand résultat était acquis; cette tumeur si réfractaire à toute tentative de section s'était détachée en masse; elle était mobile; il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation; mais de nouvelles difficultés attendaient l'opérateur.

Cette tumeur éburnée formait du côté des fosses nasales, un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux formé en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc.

M. Maisonneuve, portant aussitôt le doigt dans l'ouverture produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'inté-

rieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissée par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé; les os voisins de la tumeur avaient été scrupuleusement ménagés; aussi M. Maisonneuve ne craignit pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher par première intention les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée.

L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade soumis au chloroforme s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.

En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de craindre que des accidents graves ne dussent se manifester, soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face et surtout du côté de l'œil. Il n'en a rien été. L'œil remis en position a repris presque immédiatement ses fonctions. Ses mouvements eux-mêmes ont tous été parfaitement conservés; la plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a pour ainsi dire pas été sensible.

L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse complètement éburnée dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde. Ses dimensions étaient, pour le diamètre antéro-postérieur, cinq centimètres; pour le diamètre transversal, quatre centimètres; pour le diamètre vertical, quatre centimètres. La face interne est lisse et régulière; l'externe convexe et mamelonnée. La supérieure présente en avant une excavation profonde où se voient les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal dans une étendue de deux centimètres.

L'antérieure est divisée verticalement par une rainure dont les bords mamelonnés embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire. Enfin, la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique. Cette tumeur pesait vingt-huit grammes.

Aujourd'hui 9 août, le malade présenté à l'Académie est dans des conditions telles, qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée. La cicatrice est imperceptible; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation; il exécute tous les mouvements d'élevation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation. Les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé.

M. Maisonneuve, pour bien faire comprendre la position de cette tumeur, l'a fait dessiner enveloppée d'un os maxillaire. Il la présenta aussi à l'Académie enchâssée dans les os d'une tête d'adulte.

On se demande comment, dans une pareille position, le chirurgien a pu réussir à désenclaver une pareille tumeur.

RÉSECTION DU COUDE PAR UN PROCÉDÉ NOUVEAU¹

Dès l'année 1845, M. Maisonneuve, frappé des difficultés que présentait, même entre les mains des chirurgiens les plus habiles, l'opération de la résection du coude par les procédés généralement mis en usage, eut l'idée d'un procédé nouveau tout à la fois plus simple et plus rapide, et surtout plus certain dans son résultat.

On sait, en effet, que par le procédé de M. Roux, adopté par la plupart des chirurgiens de Paris :

1° La résection du coude ne dure presque jamais moins de trente à quarante minutes, et exige l'emploi d'instruments spéciaux, tels que scie à chaînette, scie de Stromeyer, séateurs divers, etc.

2° Que pendant son exécution l'opérateur est exposé à blesser non-seulement le nerf cubital, mais encore les vaisseaux placés en avant, artères et veines brachiales.

3° Que l'étendue exacte de l'affection osseuse ne peut être rigoureusement constatée qu'après l'opération même, et que par conséquent on est exposé à sacrifier une notable partie des tissus sains, ou bien à laisser une portion des tissus malades.

Par son nouveau procédé, M. Maisonneuve pratique la résection avec facilité en moins de sept à huit minutes, et au moyen d'un simple bistouri et d'une scie ordinaire à amputation. Tous les nerfs, les artères, les grosses veines sont évitées sans préoccupation spéciale du chirurgien. Puis, et c'est sur cela surtout que M. Maisonneuve insiste avec raison, l'articulation étant largement ouverte avant la section des os, il est facile de consta-

¹ Gazette des Hôpitaux, 1849, p. 564.

ter les limites de la maladie et de borner à l'étendue du mal le sacrifice des parties osseuses.

C'est d'après ce nouveau procédé que M. Maisonneuve a pratiqué récemment la résection du coude sur la malade couchée au n° 15 de la salle Saint-Jacques, à l'hôpital Cochin.

C'est une femme âgée de trente-deux ans, d'une constitution en apparence assez bonne. Elle est affectée d'une tumeur blanche au coude droit. Cette affection, qui remonte à près de dix-huit mois, date d'une distorsion violente que la malade a éprouvée en lavant du linge. Négligée d'abord, la maladie s'est aggravée rapidement; une tuméfaction considérable s'est manifestée au coude; l'articulation a suppuré; enfin, le pus s'est fait jour par trois ouvertures restées fistuleuses. Depuis lors, les accidents se sont aggravés journellement. Le coude est le siège de douleurs vives, qui redoublent au moindre mouvement; une suppuration abondante épuise la malade, et déjà plusieurs érysipèles ont failli compromettre la vie.

Dans cet état de choses, M. Maisonneuve ne croit plus pouvoir attendre à proposer une opération. Il se détermine pour la résection, de préférence à l'amputation qui priverait la malade d'un membre important, la main droite.

L'opération étant acceptée, M. Maisonneuve la pratique de la manière suivante.

La malade est soumise à l'inhalation du chloroforme.

1° Une première incision longitudinale de dix centimètres est pratiquée sur le bord interne du coude, au niveau de l'épitrachée. Le nerf cubital est aussitôt disséqué et refoulé en arrière avec la peau qui le protège.

2° Une deuxième incision, partant du niveau de l'épicondyle et venant tomber perpendiculairement sur la première, divise la peau qui recouvre l'olécrâne.

3° Un trait de scie porté transversalement à la base de cette apophyse la sépare du cubitus.

4° L'avant-bras est aussitôt porté dans la flexion, et le ligament latéral interne et latéral externe divisés chacun d'un coup de bistouri. L'articulation est alors largement ouverte en arrière. Il devient facile d'en explorer les surfaces dans tous leurs détails et de reconnaître la nature de l'ulcération, son étendue, ses limites.

5° M. Maisonneuve procède ensuite à la section des os au moyen de la scie ordinaire. Il coupe d'abord, en quelques traits de scie, la surface articulaire de l'humérus immédiatement au-dessus des cavités coronoïde et olécrânienne; puis, avec la même facilité, il résèque d'un seul coup la partie supérieure du cubitus et du radius.

L'opération tout entière a duré six minutes. En raison des fongosités nom-

breuses qui entouraient l'articulation, M. Maisonneuve ne croit pas devoir réunir par première intention; il fait un pansement simple avec la charpie et des compresses.

Il y a six semaines environ que l'opération a été pratiquée, aucun accident sérieux ne s'est manifesté; les plaies sont cicatrisées, sauf quelques points encore fistuleux, et tout fait espérer une prompte et complète guérison.

RÉSECTION DU COUDE¹

Deux malades ont été récemment soumis à cette opération.

Le premier est une jeune fille qui est entrée à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche suppurée de l'articulation du coude droit. Elle est aujourd'hui même sortie de l'hôpital. La plaie est entièrement guérie; les mouvements du coude et de la main sont conservés, seulement ils ne peuvent pas encore s'exécuter spontanément d'une manière complète, parce que l'opération est encore trop récente.

Le deuxième est un jeune homme couché au n° 14 de la salle Cochin, et chez lequel la guérison marche avec une grande rapidité.

Le procédé employé par M. Maisonneuve, dans ces deux circonstances, et auquel ce praticien paraît s'être définitivement arrêté, est le suivant :

A. Une incision longitudinale, longue de quinze à dix-huit centimètres, est pratiquée à la partie moyenne de la région postérieure de l'articulation.

B. Les parties molles sont ensuite disséquées au plus près des os, en commençant par la lèvre interne de la plaie. Dans cette dissection, le nerf cubital est écarté de la gouttière qui le renferme derrière l'épitrachée, et l'olécrâne est mis à nu.

C. Dans un troisième temps, l'olécrâne est scié transversalement.

¹ *Gazette des Hôpitaux*. 1853, p. 280.