

La plaie fut ensuite pansée à plat; et maintenant elle marche rapidement vers la guérison.

L'os nouveau, qui n'était encore que rudimentaire, acquiert chaque jour de la consistance. Le malade peut déjà s'appuyer sur le pied du côté malade. La guérison est assurée.

RÉFLEXIONS AU SUJET DE CES DEUX OBSERVATIONS.

La nécrose invaginée des os longs, surtout quand elle envahit toute leur épaisseur et une portion considérable de leur longueur, est une maladie grave d'une durée très-longue, et pour laquelle la chirurgie conseille des opérations laborieuses et difficiles.

M. Maisonneuve a pensé que l'on pouvait abrégér considérablement la durée de cette affection, et par conséquent mettre le malade à l'abri de la plupart des accidents auxquels elle expose, en suivant une marche tout à fait opposée à celle que recommandent les auteurs classiques.

En effet, tous les auteurs prescrivent rigoureusement de temporiser le plus possible, de laisser à la nature le temps de reconstituer un os nouveau autour de l'ancien, de donner à ces os une solidité parfaite, et cela dans la crainte de voir s'infléchir l'os nouveau peu solide encore, ou bien dans l'espérance de voir le séquestre s'amoinrir et même se frayer spontanément une issue.

M. Maisonneuve pense que ces craintes et ces espérances sont aussi chimériques les unes que les autres; car, en supposant que l'os de nouvelle formation n'eût pas au moment du séquestre toute la solidité désirable, un simple appareil contentif suffirait toujours pour s'opposer à son affaïssement; d'une autre part, les cas dans lesquels on a vu le séquestre se dissoudre ou se frayer une issue sont tellement rares, qu'il n'est pas prudent d'y compter.

M. Maisonneuve pose en principe :

Que l'extraction du séquestre doit être faite le plus tôt possible.

Il ne craint pas de mettre ces séquestres à découvert avant leur entière élimination.

Voici les raisons sur lesquelles il se fonde :

1° La nécrose n'a pas ordinairement d'emblée toute l'étendue qu'elle acquiert ultérieurement. L'incision du périoste est un des moyens les plus puissants de l'arrêter.

2° La suppuration qui se forme profondément produit souvent, avant de se faire jour au dehors, des désordres considérables. On prévient ces désordres en donnant, par une large incision, une libre issue au pus.

3° La séparation du séquestre s'opère bien longtemps avant que l'os de nouvelle formation ait acquis un grand développement. On peut même dire que le séquestre est isolé dès qu'une couche osseuse même très-mince s'est déposée autour de lui.

4° Avant l'entière consolidation de l'os nouveau, le bistouri seul peut suffire pour le diviser; il n'est point nécessaire de pratiquer de résections au moyen du trépan et autres instruments compliqués.

5° Tant que l'os nouveau n'est point encore très-avancé, les séquestres les plus volumineux et les plus irréguliers peuvent être facilement extraits de son canal intérieur, dont les parois encore flexibles se prêtent à cette manœuvre, tandis que plus tard l'extraction constitue une opération laborieuse et difficile.

6° Enfin, l'extraction hâtive du séquestre se faisant alors que le malade n'est point encore épuisé par la souffrance et par la suppuration, la guérison s'opère avec promptitude.

DEUXIÈME NOTE

SUR LES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTIQUES ¹

LUE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES LE 1^{er} AVRIL 1861

RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTIQUE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR DROIT AFFECTÉ DE NÉCROSE. — REPRODUCTION COMPLÈTE

Dans la récente communication que j'ai eu l'honneur de

¹ *Gazette des Hôpitaux*, 1861, p. 168.

faire à l'Académie sur la régénération des os après les opérations sous-périostiques, j'annonçais que les faits de cet ordre qui se sont produits dans ma pratique constituaient quatre groupes principaux distingués suivant que les os régénérés étaient : 1° des os nécrosés avec ou sans leurs surfaces articulaires; 2° des os simplement affectés d'ostéite; 3° des os atteints de dégénérescences diverses; 4° enfin des os sains.

Parmi les faits de la première catégorie, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie celui du jeune Paul V., actuellement élève ingénieur, auquel j'avais extirpé le corps entier du tibia, moins les extrémités articulaires, et chez lequel cette longue portion osseuse s'était entièrement régénérée.

Pour compléter la démonstration de cette première catégorie, je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie un second fait non moins intéressant qui démontre que les surfaces articulaires elles-mêmes peuvent se reproduire. Il s'agit d'un os maxillaire inférieur droit enlevé en totalité, y compris son condyle articulaire, et qui s'est reproduit d'une manière si parfaite, qu'il est presque impossible de dire actuellement si c'est l'os du côté droit ou celui du côté gauche qui a été extirpé.

Voici la relation succincte de ce fait que j'avais déjà soumis à l'Académie de médecine peu de temps après la guérison du malade.

Esminger (Philippe), âgé de trente-cinq ans, scieur de long, vint à l'hôpital de la Pitié, le 8 novembre 1854, pour y être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cet homme me raconta que depuis six mois environ, il avait, sans cause à lui connue, commencé à ressentir dans la mâchoire des douleurs sourdes, et que le mal avait fait des progrès jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. La joue du côté droit présentait une tuméfaction énorme; à la surface s'ouvraient quatre trajets fistuleux par lesquels le stylet pénétrait facilement; deux de ces trajets existaient près de la symphyse du menton, un troisième à l'angle de l'os, le quatrième au niveau de l'articulation temporo-maxillaire; le pus qui s'écoulait des fistules était d'une fétidité extrême. Quant à la santé générale, elle était profondément altérée; il était évident pour moi que l'os maxillaire inférieur du côté droit était mort dans toute son étendue. Je proposai au malade de l'en débarrasser, lui faisant espérer, d'après les beaux travaux de M. Flourens, qu'un nouvel

os pourrait se reproduire. L'opération ayant été acceptée, j'y procédai le 18 novembre 1854.

Le malade étant soumis au chloroforme, je fis sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton une incision verticale; de l'extrémité inférieure de cette première incision, j'en fis partir une seconde que je prolongeai parallèlement au bord inférieur de la mâchoire jusqu'au-dessous du muscle masseter. Le lambeau circonscrit par ces deux incisions comprenait non-seulement les parties molles, mais encore le périoste doublé déjà d'une nouvelle couche osseuse en voie de formation, et qui recouvrait la face externe du séquestre. Ce lambeau, disséqué rapidement, fut relevé de manière à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. Je procédai ensuite à l'isolement du séquestre, en ayant soin de conserver intactes les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées. Ce temps de l'opération fut exécuté avec un bonheur tel, que je pus extraire la totalité de l'os, y compris la branche verticale avec son apophyse coronoïde et son condyle, en laissant les dents suspendues à leurs gencives. C'était une chose curieuse à voir que cette rangée d'ostéides, attachées seulement à la membrane gengivale et flottant comme les grains d'un chapelet. Après cette extirpation, le lambeau fut réappliqué avec soin au moyen de nombreux points de suture et d'un bandage approprié.

La réunion de cette vaste plaie se fit avec une promptitude extrême; les dents restées appendues aux gencives se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. La réunion de la lèvre sur la ligne médiane se fit si parfaitement qu'il restait à peine trace de l'opération.

La pièce, après avoir été mise sous les yeux de l'Académie de médecine, a été déposée au musée Dupuytren et reproduite par M. Léveillé en un dessin d'une exactitude parfaite.

Plusieurs années se sont écoulées depuis lors; la nouvelle mâchoire s'est reconstituée si complète et si exacte qu'on a peine à reconnaître de quel côté l'opération a eu lieu, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant le malade, qui est actuellement un homme vigoureux et mangeant bien, et qui remplit les fonctions d'infirmier dans mon service; j'ajouterai seulement que les dents, après deux ou trois ans, ont fini par tomber l'une après l'autre.

RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTIQUE DE LA BRANCHE MONTANTE DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR AFFECTÉ D'OSTÉITE. — REPRODUCTION COMPLÈTE.

Vieux la Montagne.... (Voir la page 556.)