

si, dans cette vue, il ne vaudrait pas mieux introduire par une plaie étroite un ciseau avec lequel, à l'aide du marteau de plomb, on briserait le cal de l'os avec moins de dégât des parties molles. Le procédé de M. Langenbeck pour les courbures rachitiques pourrait aussi recevoir ici une heureuse application.

### 3° *Ankyloses du membre supérieur.*

4° *Ankylose du coude.* — Dans un cas où l'ankylose paraissait produite par une adhérence osseuse de l'olécrâne, l'avant-bras étant dans l'extension complète, Beck réséqua l'olécrâne, ramena le membre dans la flexion; et il semble dire qu'il avait rétabli quelques mouvements. J'en doute fort, pour ma part; mais à cette articulation, on y arriverait assez sûrement par la résection.

2° *Ankylose scapulo-humérale.* — A la suite d'un coup de feu, un soldat portait des fistules aboutissant à la tête humérale, avec soudure de cette tête à la cavité glénoïde. Williamson réunit les fistules par une incision semi-lunaire qui divisa la peau et le deltoïde, essaya de rompre l'ankylose, et n'ayant pu réussir, scia l'humérus à 3 centimètres au-dessous de la tête, sépara ensuite les parties ankylosées avec un ciseau, et détruisit enfin le reste de la carie avec la gouge. Le succès fut complet.

### 4° *Ankylose de la mâchoire.*

L'ankylose vraie de la mâchoire est fort rare. Pour y remédier, Dieffenbach avait proposé de rompre la branche montante de l'os à l'aide d'un marteau et d'un ciseau porté par la bouche au-devant de cette branche, au-dessus des dents molaires: procédé peu digne d'un tel chirurgien. Mieux vaudrait certes, comme l'a proposé M. Richet, mettre le cal à nu par une incision extérieure pour le diviser avec la scie. Je voudrais seulement ajouter à cette section le déplacement forcé du fragment supérieur, pour éviter autant que possible les chances d'une consolidation. Mais toutes ces idées sont encore à l'état de théorie pure.

On rencontre bien plus fréquemment l'immobilité de la mâchoire inférieure par des cicatrices qui l'unissent à la supérieure, et alors, en désespoir de cause, on a cherché à établir une pseudarthrose sur le corps même de l'os, soit par section, soit par résection. Je me borne ici à cette simple mention, me réservant de revenir sur ces opérations en traitant du *resserrement cicatriciel des mâchoires*.

### Art. VI. — Des pseudarthroses.

J'ai décrit avec tous les détails nécessaires, dans mon *Traité des fractures*, les opérations pratiquées pour la cure des pseudarthroses; j'ajouterai seulement ici quelques mots sur un nouveau procédé de résection, imaginé par M. Jordan.

*Procédé de M. Jordan.* — Les fragments mis à nu comme à l'ordinaire, avant de procéder à la résection, on décolle sur le fragment supérieur une certaine étendue du périoste, qui doit servir à envelopper comme une manchette le fragment inférieur. Ce procédé a réussi sur une jeune fille de quatorze ans; sur deux autres sujets, de quarante à cinquante ans, on n'en a rien obtenu.

## CHAPITRE VIII.

### DES RÉSECTIONS.

La résection consiste dans l'ablation d'une portion notable d'un os, soit de sa continuité, soit de son extrémité articulaire; et l'on y rattache même l'ablation complète de l'os. Pour les os courts, l'ablation partielle n'est guère considérée que comme une excision; pour les os longs des membres, et pour ceux du tronc qui affectent cette forme, comme le sternum, les côtes et la mâchoire inférieure, il y a cette différence, que l'excision n'enlève qu'une portion de l'épaisseur de l'os, tandis que la résection en emporte un segment complet dans le sens de sa longueur. Quant aux os plats, tels que ceux du crâne et du bassin, leur ablation partielle doit encore être rangée parmi les excisions, et ne comporte point de procédés spéciaux; il n'y a guère à cet égard qu'une exception à faire pour la résection du corps de l'omoplate.

Je traiterai successivement des résections dans la continuité des os et des résections articulaires; mais auparavant un premier article sera consacré aux règles générales.

### Art. I<sup>er</sup>. — Règles générales des résections.

Ces règles s'appliquent 1° aux *incisions extérieures*; 2° à la *section des os*; 3° au *traitement consécutif*.

I. *Incisions extérieures.* — 1° La première règle des incisions extérieures est de s'écarter des gros vaisseaux. Elles se pratiquent donc en général sur le côté opposé du membre, en dehors pour la cuisse et le bras, en avant pour le genou, en arrière pour le carpe, etc. Cependant, pour certaines articulations, on trouve quelquefois plus d'avantage aux incisions latérales.

2° La deuxième règle est de ménager le plus possible les muscles et les tendons. Non-seulement il ne faut pas les couper en travers sans nécessité; mais il faut prendre garde de ne pas séparer tout ou partie d'un muscle du nerf qui lui donne le mouvement.

3° Enfin il faut s'ouvrir une voie suffisante jusqu'aux os. Quelquefois une incision droite ou courbe sera suffisante; dans d'autres cas, on sera obligé de recourir à des incisions en T, en V, en croix, ou enfin de tailler des lambeaux de diverses formes. Lorsqu'on veut enlever un os long en totalité, si l'incision longitudinale ne suffit pas, j'ai proposé, comme méthode générale, d'ajouter deux petites incisions perpendiculaires à chaque extrémité de la première, afin d'avoir un lambeau quadrilatéral.

II. *Section des os.* — 1° Avant de procéder à cette section, il importe de s'assurer jusqu'où l'os est altéré; en cas de carie, on fera bien même d'en sonder la profondeur avec un stylet pointu ou avec la gouge. Si, du reste, la section n'avait pas emporté toutes les portions altérées, il ne faudrait pas hésiter à la recommencer plus loin.

2° Si la résection s'opère dans la continuité d'un os long, ou même si l'on extrait l'os tout entier, il faut, autant que la maladie le permet, conserver le périoste. Chez les enfants, il peut fournir la matière d'un os nouveau; chez les adultes, il sert encore de base à un tissu fibreux qui remplace jusqu'à un certain point l'os ancien.

Je rappelle avec plaisir cette règle, que j'avais posée le premier dès 1834, et qui, grâce surtout aux travaux de M. Flourens, a été étendue dans ces derniers temps à toutes les résections. On a vu déjà comme M. Jordan l'a appliquée à la résection des pseudarthroses; mais on a pu voir aussi, d'après ses propres faits, combien la puissance ostéoplastique du périoste diffère dans le premier âge et dans l'âge adulte; les chirurgiens ne doivent pas l'oublier.

3° Quand une surface articulaire est formée par plusieurs os, il faut en général les réséquer à la même hauteur, de peur qu'après la

guérison l'obliquité de la section ne fasse dévier le membre dans un sens ou dans l'autre.

Quelquefois la section ne porte que sur l'un des os, quand la surface articulaire de l'autre est restée saine; et enfin, dans l'ablation d'un os entier, les cartilages articulaires restent à nu aux deux extrémités de la plaie. Quelques chirurgiens s'attachent à rogner ces cartilages avec le bistouri; je ne saurais dire ce qui leur a suggéré cette manœuvre, qui ne sert qu'à allonger l'opération.

III. *Traitement consécutif.* — 1° La position à donner au membre varie selon l'objet qu'on se propose. Quand on veut obtenir une réunion osseuse, il faut mettre les fragments en parfait contact; si l'on recherche une articulation artificielle, il faut les tenir écartés.

2° Il n'est pas moins nécessaire de fixer le membre qu'on veut ankyloser dans la position qui lui permettra le mieux de remplir ses fonctions ultérieures.

3° Enfin la suppuration, toujours abondante, a besoin d'avoir une libre issue; et si les incisions primitives sont insuffisantes pour cet objet, il ne faut pas hésiter à en pratiquer de nouvelles.

#### Art. II. — Des résections dans la continuité des os.

Ici se rangent d'abord, pour les membres, la résection des os longs pour cause de pseudarthrose ou dans certaines ankyloses, il en a été suffisamment parlé; puis la résection du corps de l'omoplate. Viendront ensuite les résections des os du tronc, sternum, côtes, et os maxillaires supérieurs et inférieurs.

##### 1° Résection de l'omoplate.

Le corps de l'omoplate a été enlevé trois fois pour des tumeurs qui l'occupaient.

Janson commença par circonscrire la tumeur entre deux incisions semi-elliptiques, en ménageant le plus possible les téguments, détacha la tumeur et l'os dans tous les sens jusqu'à la fosse sous-scapulaire; coupa les attaches des muscles trapèze, sus- et sous-épineux; et reconnaissant que la portion sus-épineuse de l'os était saine, sépara d'un trait de scie toute la portion altérée, conservant ainsi l'articulation du bras.

M. Pétrequin mit la tumeur à nu par une incision en T renversé, et passa de haut en bas par-dessous l'omoplate une scie à chaîne

pour scier l'os d'avant en arrière. M. Barrier, après une incision extérieure analogue, a scié l'os d'arrière en avant.

Il me paraîtrait infiniment plus simple et plus commode de diviser l'os à l'aide de cisailles droites ou courbes : on pourrait même ainsi conserver des parties de l'os que la scie emporte nécessairement.

Cette opération est fort grave ; chez le sujet de Janson, la plaie avait 24 centimètres de hauteur sur 16 de largeur. Celui-ci a guéri, en conservant même les mouvements du bras ; les deux autres ont succombé.

### 2° Résection du sternum.

Galien a enlevé avec succès une notable partie du sternum, sans rendre compte de son procédé ; et d'autres n'ont pas moins bien réussi.

La portion altérée mise à nu, on peut scier l'os d'avant en arrière avec une scie en crête de coq, ou d'arrière en avant avec la scie à chaîne ; ou enfin le couper avec de très fortes cisailles ; ces derniers instruments diviseront sans peine les cartilages intercostaux. Seulement, il faut se rappeler sur quels organes importants repose la face postérieure du sternum, et, dans la section des cartilages, éviter les artères mammaires internes, qui passent environ à 12 millimètres en dehors du bord externe de l'os.

M. Linoli a réséqué l'appendice xiphoïde dont la pointe renversée en arrière exerçait une pression douloureuse sur l'estomac ; il divisa le péritoine pour porter le doigt sous l'appendice. Si une pareille opération était jugée nécessaire, la première règle serait de respecter le péritoine.

### 3° Résection des côtes.

La portion altérée sera mise à nu, soit par une simple incision droite ou courbe, soit par une incision cruciale, ou enfin en taillant un lambeau quadrilatère à bord supérieur. On divisera ensuite au-dessus et au-dessous de la côte les muscles intercostaux qui s'y insèrent, ou plutôt on tâchera de les décoller avec le périoste. Ce décollement sera poursuivi, s'il se peut, à la face interne de la côte, en ménageant à la fois la plèvre et l'artère intercostale. Enfin il ne restera plus qu'à couper la côte, soit avec une scie, soit avec des cisailles.

Ordinairement la plèvre est épaissie au-dessous de la côte malade, et de plus adhérente au feuillet pulmonaire, en sorte que sa lésion même serait insignifiante, et n'ouvrirait pas la cavité pleurale. Richerand en a fait l'excision dans un cas où elle était jugée cancé-

reuse ; l'air se précipita à l'instant dans la poitrine, accident grave, qui toutefois n'empêcha pas le malade de guérir.

Le même opérateur se montre fort effrayé de l'hémorrhagie *foudroyante* que devait lui donner la section des artères intercostales. Sa résection portait sur la sixième et la septième côte, dans la *région du cœur* ; mais, à sa grande surprise, *il ne coula pas*, dit-il, *une goutte de sang*. Je crains qu'il n'ait poussé aussi loin l'exagération dans sa joie que dans sa terreur ; mais au total, le danger de l'hémorrhagie est fort peu de chose. Si l'on suit le trajet des artères intercostales, on voit qu'à partir des articulations costo-vertébrales jusque vers l'angle des côtes et même un peu au delà, chacune d'elles traverse obliquement de bas en haut l'espace intercostal correspondant. Au niveau de l'angle, elle se divise en deux branches, l'une inférieure, petite, qui longe quelque temps le bord supérieur de la côte qui est au-dessous, avant de se perdre sur sa face externe ; l'autre supérieure, plus grosse, qui garde encore en chirurgie le nom d'artère intercostale, et qui se place dans la gouttière de la côte supérieure entre les deux muscles intercostaux. Après un trajet d'environ 8 centimètres, elle quitte cette gouttière vers le tiers antérieur de la côte, et regagne le milieu de l'espace intercostal, pour s'anastomoser avec les branches de la mammaire interne ou se perdre dans les muscles de l'abdomen. On n'a donc à la redouter que de puis l'angle costal jusque vers le tiers antérieur de la côte ; et si les données qui précèdent n'avaient pas suffi pour l'éviter, c'est une artère de fort médiocre calibre, qu'il serait facile de lier au fond de la plaie.

### 4° Résection de l'os maxillaire supérieur.

L'os maxillaire supérieur est fixé aux autres os de la face par trois points principaux : 1° par son apophyse montante et ses articulations avec l'os unguis et l'éthmoïde ; 2° par le rebord orbitaire du malaire jusqu'à la fente sphéno-maxillaire ; 3° par l'articulation des maxillaires et des palatins entre eux. Il y a un quatrième point de contact en arrière avec l'apophyse ptérygoïde et l'os palatin, mais qui cède facilement par le simple abaissement du maxillaire dans l'intérieur de la bouche. En attaquant ces divers points, on n'affronte aucun vaisseau volumineux : le tronc de la maxillaire interne peut être aisément ménagé, et dans tous les cas lié après l'ablation de l'os : d'ailleurs, en cas d'hémorrhagie imprévue dans le cours de l'opération, on aurait la ressource de comprimer l'artère carotide. Quant aux nerfs, un seul tronc important, le maxillaire supérieur, doit être

divisé ; mais il est facile d'en faire la section avant de luxer l'os, et de prévenir ainsi tout tiraillement.

*Procédé de Gensoul.* — Le malade assis sur une chaise peu élevée, la tête légèrement renversée en arrière et appuyée contre la poitrine d'un aide, l'opérateur fait 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 peu près à la hauteur de la base du nez, il en trace une seconde qui se prolonge jusqu'à 9 millimètres au-devant du lobule de l'oreille, et une troisième qui descend d'environ 11 à 13 millimètres en dehors de l'angle externe de l'orbite, jusqu'au point de terminaison de la seconde. Il en résulte un lambeau quadrilatère, qu'on dissèque et qu'on renverse sur le front.

L'os étant ainsi découvert, on commence, à l'aide du ciseau et du maillet, la section de l'arcade orbitaire externe, près de la suture qui unit l'os malaire à l'apophyse orbitaire externe du frontal ; puis on coupe l'apophyse zygomatique de l'os malaire. On attaque ensuite l'attache interne et supérieure : pour cela, on applique un ciseau très large au-dessous de l'angle interne de l'œil, et on lui fait traverser la partie inférieure de l'os unguis et de la face orbitaire de l'éthmoïde. L'apophyse montante est séparée de la même manière de l'os du nez qui lui correspond : alors on détache avec un bistouri toutes les parties molles qui unissent l'aile du nez à la mâchoire supérieure. On arrache la première dent incisive de l'os qu'on veut enlever, et glissant entre les deux maxillaires un ciseau, non pas directement d'avant en arrière, mais par la bouche et en dédolant, on opère très aisément et très promptement la diduction des deux os. Enfin, pour détruire les adhérences à l'apophyse ptérygoïde, et couper avant tout le nerf maxillaire supérieur, on porte le ciseau à plat entre les parties molles et le plancher de l'orbite ; puis on le fait pénétrer obliquement de haut en bas et d'avant en arrière dans ce plancher, assez loin pour que le nerf soit complètement divisé, et que l'instrument trouve un point d'appui pour faire basculer l'os maxillaire dans la bouche. Il ne reste plus dès lors qu'à diviser, soit avec des ciseaux courbes, soit avec le bistouri, toutes les parties molles qui tiennent encore à l'os, et spécialement les attaches du voile du palais à l'os palatin, de manière à laisser la portion molle de ce voile tendue entre l'apophyse ptérygoïde et l'autre côté de la bouche.

Il est rare que l'on soit obligé de lier une ou au plus deux petites artérioles. Le sang vient surtout des capillaires ; il coule naturellement dans la gorge ; c'est pour atténuer cet accident qu'on

opère le malade assis, et qu'on commence par détacher l'os malaire.

La cavité résultant de l'opération est formée, en dedans par la cloison des fosses nasales ; en dehors, par le tissu cellulo-adipeux de la joue ; en haut, par le muscle droit inférieur de l'œil et le tissu adipeux de l'orbite ; en arrière, on aperçoit l'arrière-gorge par-dessus le voile du palais. Avec le maxillaire on a enlevé partie du malaire, de l'unguis, de l'éthmoïde, du palatin, et le cornet inférieur.

Pour le pansement, on ne s'occupe pas de cette cavité intérieure ; et dès que la plaie ne donne plus de sang, on réunit le lambeau par la suture entortillée.

Ce procédé laisse des cicatrices trop étendues, et offre aussi quelques inconvénients dans la section des os. Il a donc été modifié à ce double point de vue.

M. Velpeau commence une incision curviligne à la commissure labiale, et la dirige en dehors et en haut jusque vers la fosse temporale, en s'attachant à éviter le conduit de Sténon. Fergusson se borne à une simple incision verticale, divisant la lèvre supérieure jusqu'à la narine, qu'on réunit ensuite comme le bec-de-lièvre. Le procédé de M. Velpeau offre plus de facilité pour le reste de l'opération.

Quant à la section des os, il est plus facile et plus sûr de faire passer une scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire, et de scier ainsi l'apophyse malaire, ce qui laisse en outre aux parties molles un support que leur enlevait le procédé de Gensoul ; seulement il est essentiel d'introduire l'aiguille et la scie qu'elle entraîne par l'orbite, de dedans en dehors. La section de l'apophyse montante s'opère sans difficulté avec des cisailles ; et celle du plancher des fosses nasales peut être pratiquée soit avec une scie fine, soit encore avec les cisailles ; on se réserve ainsi, en rasant la paroi interne du sinus maxillaire, de sauver une portion de l'arcade alvéolaire, et même une ou deux incisives.

Enfin Gensoul enfonçait son ciseau dans l'orbite sans trop être sûr de ce qu'il pourrait léser. Il me paraît plus avantageux, vu la facilité avec laquelle le périoste se détache du plancher orbitaire, de le décoller avec la spatule ou le manche d'un scalpel, avant de faire aucune section des os. Après ces sections faites, et quand il ne s'agit plus que de renverser la mâchoire, on porte le ciseau sur le plancher osseux dénudé, on divise nettement le nerf maxillaire supérieur qu'on a sous les yeux, et l'on donne ainsi à la plaie une sorte de plafond formé par le périoste, qui servira de

canevas à une cicatrice plus solide, et garantira les parties molles de l'orbite du contact de l'air.

La résection de la mâchoire supérieure est d'une bénignité remarquable. Gensoul l'avait faite huit fois sans perdre un seul de ses opérés, et nous allons voir que cette bénignité s'étend même à la résection des deux côtés de la face à la fois.

5° Résection des deux mâchoires supérieures.

M. Heyfelder a pratiqué cette opération en faisant des deux côtés de la face l'incision courbe de M. Velpeau, disséquant et relevant sur le front le vaste lambeau qui en résulte, et attaquant les os comme dans la résection d'un seul os. Seulement, au lieu de diviser le plancher osseux des fosses nasales, il coupe horizontalement le vomer, et fait basculer les deux os ensemble. Une fois, pourtant, il fut obligé de les séparer et de les faire basculer séparément.

Il a ainsi opéré trois sujets, qui tous trois ont parfaitement guéri de l'opération.

6° Résection de l'os maxillaire inférieur.

Dupuytren le premier a pratiqué la résection du corps de cet os en 1812; puis on a enlevé la moitié de la portion horizontale; puis on a emporté la portion horizontale tout entière, en ne laissant de l'os que la partie supérieure de ses deux branches; puis on a désarticulé l'une de ses branches, et enfin on a séparé l'os de ses deux articulations à la fois. Mais ceci se rattache aux résections articulaires, et il ne sera question ici que des trois premières sortes de résections.

1° Résection du corps de l'os; procédé de Dupuytren. — Le malade assis comme pour la résection de l'os maxillaire supérieur, le chirurgien commence par diviser de haut en bas, sur la ligne médiane, toute l'épaisseur de la lèvre inférieure jusqu'à la base de la mâchoire; puis, après s'être assuré avec l'indicateur gauche de la saillie de l'os hyoïde, il prolonge jusque-là son incision, qui ne doit plus diviser que la peau et le tissu cellulaire. De là résultent deux lambeaux que l'on dissèque de chaque côté jusqu'aux limites du mal, en rasant l'os pour éviter les artères labiales. Ces lambeaux sont renversés en dehors et confiés à des aides; on incise le périoste sur l'os, dans les points où la scie doit porter; et, après avoir bien reconnu les limites de la résection, on arrache de chaque côté

la dent correspondante pour faciliter l'action de la scie. A ce moment, l'opérateur armé d'une scie à main très fine, ou d'une scie en crête de coq, passe derrière le sujet: dans cette position la section de l'os est plus facile, tandis que si l'on demeure en avant, l'extrémité de la scie entre dans la bouche et heurte contre la voûte palatine, ce qui double la difficulté de l'opération. On garantit d'ailleurs le nez et la lèvre supérieure avec une lame de plomb, une feuille de carton ou une compresse épaisse. La portion d'os malade étant sciée, le chirurgien se reporte en avant, la saisit de la main gauche, plonge un bistouri droit de bas en haut derrière l'os, et incise les chairs qui s'y rattachent en rasant l'os de gauche à droite; tandis qu'un aide écarte la langue, soit avec une spatule, soit avec le pavillon d'une sonde cannelée. L'opération est faite; on lie les vaisseaux; on rapproche les os et les lambeaux de peau, qu'on réunit par suture, en laissant toutefois à l'angle inférieur un espace suffisant pour y placer une petite mèche de charpie, et favoriser au besoin l'écoulement de la suppuration.

Quand l'étendue de la résection osseuse oblige à retrancher une partie de la peau, on circonscrit le lambeau à enlever entre deux incisions qui figurent un V, de manière à rapprocher toujours les bords sur la ligne médiane.

Si l'incision longitudinale ne suffisait pas, à raison de l'étendue du mal, on la ferait cruciale, en longeant la base de l'os maxillaire.

Les artères sous-mentales, labiales, linguales, donnent en général peu de sang; on applique dessus les doigts d'un aide, ou on les lie à mesure qu'on les coupe.

Un accident beaucoup plus grave est la rétraction de la langue en arrière, après la division de ses attaches à l'os maxillaire; elle se renverse alors dans le pharynx, abaisse l'épiglotte sur le larynx; de là une suffocation imminente, et, au dire de Bégin, Lallemand fut même obligé, pour sauver un de ses opérés, de pratiquer la laryngotomie. Certes on ne comprendrait plus aujourd'hui qu'un chirurgien s'avisât d'une pareille ressource; et il suffit de ramener la langue en avant avec une érigne. Toutefois, pour prévenir cet accident, Delpech a eu recours au procédé suivant.

Procédé de Delpech. — Avant de scier l'os, on plonge un bistouri en arrière, et l'on fait passer par cette incision un gorgeret de bois qui garantit les chairs; un autre gorgeret protège la langue et la lèvre supérieure. La section de l'os pratiquée, on saisit la langue à sa pointe avec une érigne double confiée à un aide; alors seulement on divise ses attaches. Puis, en pratiquant la suture, on a soin de faire

passer une anse de fil à travers le frein de la langue, ou même à travers les muscles sus-hyoïdiens ; cette anse de fil embrasse également les lambeaux cutanés, si l'on fait la suture entrecoupée, ou elle s'attache à l'une des épingles, si l'on préfère l'entortillée. Dans un cas, Delpech traversa la pointe de la langue avec un fil d'or qu'il fixa aux dents voisines ; peu à peu le fil coupa la portion du tissu lingual embrassée, mais l'adhésion était déjà suffisante.

On a cherché aussi à accomplir la résection avec moins de dommage pour les parties molles.

Ainsi les procédés ordinaires laissent une cicatrice sur la ligne moyenne ; et Gensoul avait remarqué que cette ligne de tissu inodulaire, étendue de la lèvre à l'os hyoïde, et qui tend à se rétracter toujours, finit par attirer la lèvre en bas, et aplatir le menton de formation nouvelle. En conséquence, il pratiquait l'incision sur l'un des côtés du menton, pour mettre celui-ci à l'abri de la rétraction consécutive. Mais cette incision laisse encore une cicatrice assez désagréable à la figure ; j'ai sauvé tous ces inconvénients par le procédé suivant.

*Procédé de l'auteur.* — Il consiste à détacher la lèvre inférieure de haut en bas, en incisant au fond de la gouttière qui la sépare des gencives, et rasant l'os jusqu'au menton et à quelques millimètres au-dessous, dans une étendue égale à la longueur de la lèvre elle-même. Cette dissection faite, on rabat le lambeau par-dessous le menton, où il est retenu par la saillie de l'os même ; on a celui-ci sous les yeux, et l'on peut procéder à sa section, soit avec la scie ordinaire, ou, ce qui est plus facile, avec la scie à chaîne passée en arrière de l'os ; quelques-uns même se sont servis de fortes cisailles. En ramenant alors le lambeau à sa place, on n'a besoin d'appareil d'aucune espèce ; et la difformité est mieux masquée que par aucun des procédés connus.

On peut agir de même dans le cas où l'on ne voudrait réséquer que la face antérieure ou le bord inférieur de l'os. Quelquefois il se produit un petit abcès au-dessous du lambeau ; il suffit de lui donner issue par une petite incision au-dessous du menton.

J'ajouterai enfin que, pour les cas où la scie devrait agir plus en dehors que ne le permettrait ce procédé, on le modifierait utilement de la manière suivante : en pratiquant sous la base de la mâchoire une petite incision de chaque côté pour laisser passer librement ou la scie ou les cisailles, après avoir décollé à l'ordinaire les parties molles de la face antérieure de l'os.

Lorsque la résection porte sur une certaine étendue du corps de

l'os maxillaire, le rapprochement des deux portions latérales a quelquefois pour effet de rétrécir excessivement le plancher buccal, et de refouler la langue en arrière ; cause imminente d'asphyxie, à laquelle les opérateurs n'ont échappé qu'en fixant la langue aux parties molles extérieures par un point de suture spécial. Mon excellent ami, M. Rigal (de Gaillac), à qui je communiquais mon procédé, émit l'idée de tenir écartées les deux portions de l'os par un corps étranger intermédiaire, comme une plaque ou un coin de plomb ou d'ivoire, afin de conserver à la bouche son ampleur primitive, d'abord pour le moins dans les premiers jours qui suivront l'opération ; et plus tard peut-être d'une façon définitive, en permettant à un tissu fibreux de formation nouvelle de combler le vide produit par la résection. Cette idée est assurément fort ingénieuse, et vaut la peine d'être mise à exécution.

2° *Résection de la moitié de la portion horizontale.* — On a tracé de diverses manières les incisions extérieures. M. J. Cloquet a pratiqué un lambeau à base inférieure, moyennant une incision horizontale partant de la commissure labiale, et deux verticales, l'une descendant du bord libre de la lèvre jusqu'à la base de l'os, l'autre longeant en arrière la branche de l'os jusqu'à un peu au-dessous de son angle. Mieux vaudrait assurément, ainsi qu'a fait Cusack, tailler le lambeau en sens inverse, en faisant l'incision horizontale sous la base de la mâchoire. On n'aurait pas de cicatrice transversale à la joue, et le lambeau s'appliquerait sur la plaie par son propre poids.

Mais il resterait encore une cicatrice verticale ; je me suis attaché à l'éviter par le procédé suivant, auquel s'est rallié M. Velpeau.

*Procédé de l'auteur.* — Je pratique une incision semi-lunaire, longeant la branche de l'os en arrière depuis l'oreille jusqu'à l'angle de la mâchoire, et de là se recourbant sous sa base qu'elle suit jusque vers le menton. Le lambeau disséqué et relevé en haut et en dedans, on scie le corps de l'os selon les procédés décrits ; et en l'écartant en dehors, on a toute facilité pour scier ensuite sa branche.

On divise nécessairement en avant l'artère maxillaire externe, facile du reste à saisir et à lier. En arrière, il faut se souvenir que la carotide externe longe quelquefois la branche de la mâchoire ; c'est pourquoi il est utile d'écarter celle-ci en dehors pour la détacher des parties molles en rasant le plus près possible sa face interne.

Quelques-uns ont conseillé de ne comprendre dans le lambeau que la peau et les muscles cutanés, et d'enlever le masséter à la même hauteur que l'os. Cela n'a pas de raison d'être ; il faut laiss-

ser à ce côté de la face toute l'épaisseur possible, et conséquemment conserver le plus qu'on pourra du masséter.

3° Résection de toute la portion horizontale. — Le meilleur procédé pour les incisions extérieures serait assurément celui qui étendrait à l'autre côté de la mâchoire l'incision semi-lunaire que je viens de décrire pour un seul côté. Alors même le lambeau unique, pouvant être relevé directement en haut, laisserait une bien plus grande facilité pour scier le corps de l'os ; section que je regarde comme très importante, pour permettre d'écarter en dehors chacune des deux branches et de les isoler avec sécurité.

A en croire quelques chirurgiens, la résection de la mâchoire inférieure serait moins grave encore que celle de la supérieure. Ainsi, Dupuytren, sur 48 ou 20 cas, ne comptait qu'un mort par le fait de l'opération ; Lisfranc affirme n'avoir perdu que 6 opérés sur 60, assertion dont le premier tort est de ne pas porter sur des observations exactement comptées. M. Velpeau dit au contraire qu'il a eu quatre morts sur sept, ce qui témoigne d'une série désastreuse ; et au total, sur environ cent soixante faits recueillis de toutes parts, M. Velpeau estime la mortalité à près de quarante. Avant tout il faudrait établir des séries de faits comparables ; car une petite résection du corps de l'os offre beaucoup moins de danger que la résection de toute sa portion horizontale. La statistique est complètement à refaire à cet égard.

#### Art. III. — Des résections articulaires.

Nous les étudierons successivement au tronc, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs.

##### § I. — RÉSECTIONS ARTICULAIRES DU TRONC.

J'ai déjà mentionné la résection de l'appendice xiphoïde ; M. Van Onsenoort a extirpé le coccyx carié à l'aide d'une incision en T renversé ; il semblerait plus commode de placer l'incision transversale du T en haut, vis-à-vis la base de l'os. Mais ce sont là des cas tout exceptionnels, et la principale résection articulaire que l'on pratique sur le tronc est celle de l'os maxillaire inférieur, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois.

##### 1° Résection articulaire d'un côté de l'os maxillaire inférieur.

Cette résection a été pratiquée pour la première fois par Palmi (d'Ulm), en 1820, suivi par Græfe en 1821, par Mott en 1822, et depuis par nombre de chirurgiens, parmi lesquels je me placerai moi-même. On peut mettre l'os à nu à l'extérieur, sans nulle difficulté ; mais sa face interne présente des rapports qui veulent être sérieusement étudiés.

Nous avons vu que, pour enlever la portion horizontale de l'os, il fallait prendre garde à l'artère carotide externe qui quelquefois longe le bord postérieur de la mâchoire. Un peu plus haut, on rencontre le nerf dentaire inférieur pénétrant dans le canal dentaire, et qu'il faudra couper inévitablement avec la petite artère qui l'accompagne ; puis, un peu plus en dedans que lui, le nerf lingual, qu'on n'évite sûrement qu'en rasant exactement la face interne, et que j'ai vu couper à Lisfranc pour avoir négligé cette précaution. Plus haut enfin se trouve l'artère maxillaire interne, née de la carotide externe au niveau du col du condyle, et qui passe sous ce col avant de s'enfoncer entre les deux muscles ptérygoïdiens. Elle est là si près de l'os que les premiers opérateurs, craignant de la blesser, ont commencé par lier la carotide ; mais cela n'est nullement nécessaire. En effet, lorsqu'on a coupé le tendon du temporal et le ligament latéral externe, qui est, à proprement parler, l'unique ligament de cette articulation, il n'est rien de plus facile que de luxer le condyle en avant et en dehors, et d'acquies ainsi tout l'espace nécessaire pour détacher le col du reste des parties molles sans toucher au vaisseau redouté.

*Procédé opératoire.* — L'incision extérieure qui offre le plus de facilité pour la résection, est assurément celle de Cusack, déjà employée par lui pour la résection de la portion horizontale, et qui taille un lambeau à base supérieure. Peut-être cependant serait-il préférable de se borner aux deux incisions externes, circonscrivant, comme je l'ai indiqué, un lambeau supérieur interne, sauf à y joindre l'incision de la lèvre en cas de nécessité.

On dissèque et on relève ce lambeau en rasant l'os autant que possible ; après quoi on scie le corps de l'os en avant. Puis, écartant en dehors la moitié à désarticuler, on isole l'os à sa face interne, en rasant sa surface, pour éviter le nerf lingual, et en s'arrêtant au-dessous du col ; alors, abaissant l'apophyse coronoïde, on glisse en arrière un bistouri mousse à tranchant concave, ou mieux des ciseaux courbes sur le plat, avec lesquels on coupe de dedans en