

GACETA MÉDICA

DE MEXICO.

PERIÓDICO DE LA SECCION MÉDICA DE LA COMISION CIENTÍFICA.

Se reciben suscripciones en Mexico, en la casa del Sr. D. Luis Hidalgo Carpio, calle de los Bajos de Portacueli núm. 1, y en la alacena de D. Antonio de la Torre. En el Interior, en la casa de los Sres. corresponsales de *L'Estafette*.

La suscripcion es de \$0 50 por mes, y el pago se hará adelantado.

Cada número vale \$0 25.

La insercion de avisos se convendrá en el despacho de *L'Estafette*, calle de Don Juan Manuel núm. 20.

SOMMAIRE.

Chirurgie: Ablation du maxillaire supérieur droit, A. SCHULZE.—Geographie médicale: La route de Veraacruz à Mexico, EHRMANN.—Patologie: Implantacion de un pelo en la cornea, MANUEL M. CARMONA.—Apuntes de una herida de la parte dorsal de la médula, etc., JOSE M. B. VILLAGRAN.—Informe sobre el uso del algodón hidrófilo, J. M. B. VILLAGRAN.

CHIRURGIE.

ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT.

J'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'examen de la section un malade dont le maxillaire supérieur droit a été extrait dans les circonstances que fera connaître l'observation suivante:

Patricio Perez de l'hacienda de San Martin de los Llanos, juridiction de San Pedro Tejupilco est âgé de 35 ans. Il a toujours joui d'une bonne santé et présente aujourd'hui les signes extérieurs d'une forte constitution.

Il y a 8 ans, nous dit-il, qu'il a remarqué, vers la partie moyenne de la branche montante du maxillaire droit, le développement d'une tumeur, peu saillante d'abord, un peu douloureuse, d'une consistance dure, osseuse en un mot. Cette tumeur augmenta insensiblement de volume, en s'étendant à droite et s'accompagnant de douleurs lancinantes, marquées surtout à un point qui n'est autre que l'orifice extérieur du canal sous-orbitaire.

Le malade n'a pas été, jusqu'à ce jour, sans s'inquiéter d'une affection qui l'incommodait par les douleurs qu'elle excitait par la déformation qui en était la suite comme par la gêne qu'elle apportait aux fonctions des organes voisins.

Le médecin de l'hacienda et ceux de Toluca furent consultés. A titre d'expérience ou dans la pensée de donner issue à un liquide, il lui fut fait, sans résultat, une incision cruciale dont la cicatrice se voit encore.

Les progrès incessants de la maladie, faisant craindre à notre homme pour ses jours, il se décida à venir à Mexico: c'est alors qu'il me consulta.

L'aspect de la face me parut si remarquable que je la fis photographier dans la crainte qu'une description fût insuffisante pour en donner une exacte idée. Vous reconnaîtrez, par la photographie que je vous présente, que le nez est complètement déjeté à gauche; son lobule a pris une direction transversale de ce côté: la cloison, l'os propre gauche du nez participent à cette déviation, sans cependant que la fosse nasale soit obstruée.

A droite, l'os nasal, fortement soulevé, est dépressible. La saillie de la tumeur remonte en haut jusqu'à l'apophyse nasale du frontal, l'orifice nasal est élargi et laisse reconnaître facilement l'existence de fongosités polypeuses, recouvertes par la membrane pituitaire qui est saine quoique amincie et comme transparente.

Aucun écoulement de sang ni de mucosité ne se produit de ce côté qui est entièrement oblitéré et imperméable à l'air.

Le gonflement s'étend de la racine de nez, en se dirigeant suivant une ligne oblique, à toute la région maxillaire, jusqu'à la branche verticale du maxillaire inférieur. Toute cette région est transformée en une masse sphérique, volumineuse, dure, douloureuse particulièrement à la pression. Le sillon nasal est presque complètement effacé et l'aile du nez est tirée en dehors. Le bord oculaire du maxillaire est rugueux; mais n'est pas soulevé. Il n'y a pas d'exophtalmie: l'épiphora qui se note est l'indice de l'oblitération du canal nasal. La cavité oculaire qui n'est pas envahie laisse l'œil exécuter librement ses mouvements de coordination avec l'œil du côté sain. L'os malaire n'offre aucune particularité. La voûte palatine, fortement déprimée en bas, offre à la pression une consistance élastique.

Le doigt porté dans l'arrière-gorge, vers la fosse nasale postérieure, n'atteint point la tumeur. Les dents, repoussées de leurs alvéoles, sont mobiles au moindre effort. Les molaires, moins une, manquent: la mastication, de ce côté, est impossible.

Le sillon labio-maxillaire est occupé par trois lobules inégaux qui laissent suinter quelquefois un liquide visqueux et sanguinolent. La muqueuse, dans ces points, est amincie.

La peau de la face a conservé son aspect normal, à part la cicatrice de l'incision cruciale dont j'ai déjà parlé et que la photographie a reproduite. Partout ailleurs, elle est mobile sur la tumeur qu'elle recouvre. Aucun trajet fistuleux ne se dessine dans son épaisseur: les orifices des glandes sébacées sont un peu élargis.

La consistance de la tumeur est différente suivant les points qu'on examine: En haut, vers l'os nasal et la branche montante du maxillaire, elle est d'une dureté évidemment osseuse: dans la région qui correspond au sinus maxil-

liaire, elle est plutôt fibreuse. Je dois dire cependant qu'il m'avait paru qu'une coque osseuse restait encore qui séparait la peau du produit morbide, quoiqu'on ne notât pas le bruit de parchemin, indiqué dans les cas de ce genre.

Les ganglions sous-maxillaires n'étaient pas engorgés.

En considération de ces différents symptômes, je pensai à l'existence d'une tumeur fibreuse du maxillaire supérieur, envahissant le sinus et s'étendant aux régions que la description qui précède a suffisamment indiquées. L'affection était bien limitée au maxillaire; l'état général était des plus satisfaisants; la maladie, en empiétant de plus en plus sur les organes voisins, pouvait mettre en péril le libre jeu de fonctions essentielles; le malade désirait l'opération.

Une meilleure occasion ne pouvait se présenter d'être utile tout en pratiquant une opération attrayante. J'en fis la remarque à MM. Ehrmann, notre honorable président, Clément, Coindet, Garrone, nos collègues, qui furent de mon avis et soulurent bien m'assister de leur précieux concours.

L'opération fut pratiquée le 2 Mai de cette année à trois heures de l'après-midi. Un lambeau de peau fut taillé, pour découvrir la tumeur, par une incision curviligne en haut, en suivant le rebord orbitaire et continuée en bas sur la ligne médiane, par la division du nez et de la lèvre supérieure.

La dissection du lambeau achevée, l'extraction du maxillaire s'effectua d'après les règles ordinaires.

Des points de suture fixèrent le lambeau dans ses premiers rapports et un pansement simple fut appliqué sur ce côté de la face.

Le malade marcha promptement à la guérison. Au 8ème jour, tous les points de suture avaient été successivement enlevés et la réunion immédiate existait aux plaies palpébrale et labiale. Quelques ulcérations insignifiantes et de petits points mortifiés marquèrent la cicatrisation de la plaie nasale. Une dysenterie grave survenue au 18e jour, lorsque la guérison était assurée, a été la cause du retard que j'ai mis à vous présenter le malade.

L'examen de la pièce anatomique m'a convaincu que la tumeur, que nous avions enlevée, était formée de tissu cancéreux. Tissu squirrheux dans sa partie proéminente et centrale; tissu colloïde, dans les fosses nasales, oculaire et zygomatique. Dans ces derniers points, de la masse centrale se détachaient, sous la forme de cônes gélatineux, irrégulièrement aplatis, des masses colloïdes qui remplissaient ou tapissaient ces cavités et s'étendaient, en arrière, jusqu'aux apophyses ptérigoides du sphénoïde; en haut, jusqu'au plancher de l'orbite que la tumeur formait dans sa partie postérieure.

Il ne restait en un mot, du maxillaire supérieur que la branche montante, le bord orbitaire, la partie correspondante à la tubérosité molaire, le bord alvéolaire et une lame mince de la voute palatine qui formaient une sorte d'encadrement au néoplasme cancéreux.

24 Juin 1864.

A. SCHULZE.