

ration peut être exécutée, si on se conforme aux règles d'antisepsie posées par Lister.

Les modifications introduites dans ce procédé par Lossen et Braun consistent en ceci qu'au lieu de rabattre l'os malaire en haut, ils le mobilisent en bas. Aussi au lieu de désinsérer le masséter du bord inférieur de l'arcade zygomatique, ils détachent l'aponévrose temporale du bord supérieur de l'arcade. La première incision est la même que dans le procédé de Lücke; la seconde part du bord latéral de la première et se dirige verticalement en bas et en dehors.

g) RÉSECTION TEMPORAIRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — Enfin, pour sectionner la seconde branche du trijumeau au-devant du trou grand rond, un certain nombre de chirurgiens ont fait la résection temporaire du maxillaire supérieur, opération bien plus compliquée et plus grave que celle de Lücke.

Pour réséquer les 2^e et 3^e branches immédiatement au-devant du trou grand rond et du trou ovale, Krœnlein a adopté le procédé suivant. On dessine un lambeau cutané demi-circulaire qui descend en bas jusqu'à toucher par son point culminant une ligne tirée de la narine vers le lobule de l'oreille, et dont la base est située entre le bord externe de l'orbite et le tragus. On résèque ce lambeau et on le rabat en haut. On sépare l'aponévrose temporale du bord supérieur de l'arcade zygomatique et on sectionne l'arc zygomatique en avant et en arrière de façon à pouvoir le rabattre en bas avec le masséter. On résèque l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur à sa base, et on la relève avec le muscle temporal en haut. La résection doit commencer au point le plus profond de l'échancrure sigmoïde et être poursuivie en avant et en bas jusqu'au commencement de la ligne oblique externe. On coupe, entre deux ligatures, l'artère maxillaire interne qu'on trouve entre les deux muscles ptérygoïdiens dont un, le ptérygoïdien externe, est désinséré au niveau de son chef supérieur qui s'attache sur la crête inférieure du temporal. On peut alors sectionner la 3^e branche au-devant du trou ovale. Si l'on veut réséquer en même temps la 2^e branche, on arrive au trou rond par la fente sphéno-maxillaire, tout comme dans le procédé de Lücke.

On a fait de nombreuses opérations sur la 3^e branche du trijumeau.

RÉSECTION DU TRONC DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — Pour pratiquer cette résection au-devant du trou ovale, Salzer choisit la voie suivante. On fait au niveau de la région temporale une incision à convexité tournée en haut, la base du lambeau est formée par le bord inférieur de l'arcade zygomatique; son point culminant est situé à 1 cm. 1/2 au-dessus de l'arcade. Cette dernière est sciée à ses deux extrémités. L'in-

cision, qui comprend en même temps la peau, l'aponévrose et le muscle temporaux, circonscrit un lambeau musculo-cutané qui est rabattu en bas avec l'arcade zygomatique. Pour pouvoir aborder les parties profondes, on divise les parties latérales du temporal laissées intactes par l'incision. Avec une rugine étroite on décolle les parties molles de la crête du temporal et on pénètre ainsi dans un coin limité en arrière par l'articulation temporo-maxillaire, en haut par la face inférieure du temporal et la grande aile du sphénoïde. C'est tout à fait profondément qu'on tombe d'abord sur les branches motrices, ensuite sur les branches sensibles du nerf cherché; l'artère méningée moyenne se trouve tout à fait en arrière. Pour diviser le nerf, le ténotome doit être poussé d'arrière en avant.

L'avantage de ce procédé consiste en ce que l'artère maxillaire interne et le plexus veineux ptérygoïdien, protégés par le bord supérieur du muscle ptérygoïdien externe restent en dehors du champ opératoire.

RÉSECTION DU MENTONNIER. — Cette opération, très rare, est conduite de la façon suivante. On cherche la proéminence formée par la racine de la canine inférieure: le trou mentonnier se trouve à 2 lignes plus bas. Si toutes les dents inférieures manquaient, on rechercherait le trou mentonnier sur la ligne verticale tirée du trou sus-orbitaire. Ce trou se trouve sur cette ligne à égale distance entre le bord inférieur du maxillaire et l'arcade alvéolaire. On attire la lèvre inférieure en bas en même temps qu'au moyen d'un crochet on attire la commissure labiale en arrière; on divise à petits coups la muqueuse labiale aux points où elle se réfléchit sur la gencive, et on dénude le maxillaire inférieur; le nerf, qui se présente sous forme d'un cordon blanc, est isolé au-devant du trou mentonnier et réséqué. Comme nous l'avons déjà dit, cette opération est rarement exécutée.

RÉSECTION DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR. — Cette résection est pratiquée plus souvent que la précédente. Le nerf peut être abordé de plusieurs façons.

a) *Par la voie buccale.* — La bouche étant largement ouverte et bien éclairée, on incise la muqueuse le long du bord antérieur de la branche, de façon à atteindre l'os. Avec l'index introduit dans l'incision, on pénètre dans les tissus qui relient le ptérygoïdien au périoste et on cher-

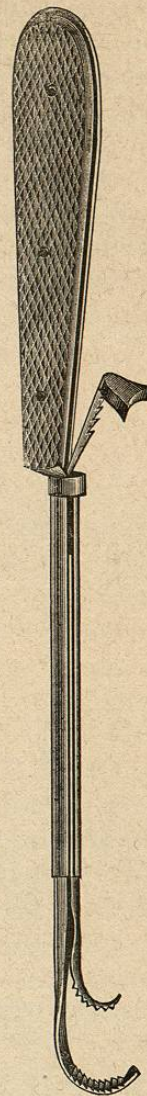


Fig. 38. Croche, de Menzel.

che l'épine osseuse qui se trouve à l'entrée du canal dentaire (épine de Spix). On saisit le nerf avec le crochet de Menzel (fig. 38), et avec un coup de ciseaux on en enlève une partie. Cette opération décrite et faite pour la première fois sur le cadavre par L. Paravicini, chirurgien de Milan, a été exécutée presque en même temps sur le vivant par Meusel et Menzel. Chez son malade, Meusel réséqua en même temps le lingual. Cette opération a été faite plusieurs fois par Billroth, Mosevig, Nicoladoni et autres. L'opéré de Nicoladoni succomba aux suites de la propagation au cerveau de la suppuration qui a envahi les tissus voisins du nerf.

Weinlechner a observé dans ces cas des hémorragies secondaires qui ont nécessité la ligature de la carotide. Dans un cas où il existait une rétraction cicatricielle du masséter, Lossen a eu une hémorragie artérielle; en outre, il se produisit une déchirure du nerf.

b) *Par la voie cutanée.* — Il existe plusieurs procédés.

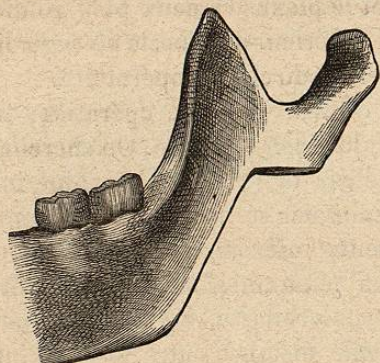


Fig. 39. — Résection de la mâchoire pour aborder le nerf dentaire inférieur.

α) On fait deux incisions circonscrivant l'angle du maxillaire, chacune longue d'un pouce. La première, verticale, remonte le long du bord postérieur de la branche montante; l'autre, horizontale, longe le bord inférieur du corps de l'os; on dissèque ce lambeau triangulaire pour mettre à nu l'angle du maxillaire; on désinsère le ptérygoïdien interne et on va à la recherche de l'épine osseuse de l'orifice du canal dentaire; le nerf une fois trouvé, on en excise un morceau. Avec un bon éclairage et en faisant fortement abaisser la tête du malade, l'opération est facile à exécuter. (Procédé de Sonnenburg.) Si la tête du malade reste élevée, le chirurgien est réduit à se rapporter aux sensations que lui donne le doigt. Mais avec un peu d'expérience on se tire fort bien de cette opération.

Kühn a proposé de réséquer le triangle osseux qu'on obtient après la dénudation de l'angle du maxillaire. Plus tard, Bruns trouva plus commode la résection d'un lambeau osseux quadrangulaire au niveau du bord postérieur de la branche montante (fig. 39). Dès le début de l'antisepsie j'ai modifié cette opération et je me suis contenté de faire la résection temporaire du triangle osseux en question (résection ostéo-plastique de l'angle du maxillaire inférieur). Mais j'ai renoncé à cette méthode quand j'ai vu que la simple incision des parties molles suffisait largement.

β) On arrive sur le nerf en traversant la joue et la branche montante du maxillaire. Cette opération fut exécutée pour la première fois sur le vivant par Warren. L'incision externe est faite tantôt droite et parallèle aux fibres du masséter, tantôt en U d'après le procédé Velpéau (peu commode), tantôt en \perp d'après le procédé Schuh (peu avantageux). On traverse la branche montante soit avec une couronne de trépan, soit avec l'ostéotome en enlevant un lambeau quadrangulaire de la lame externe de l'os et on continue à se porter en profondeur jusqu'à atteindre le nerf au moment où il s'engage dans son canal. A Vienne on a observé, au moment où les plaies étaient encore exposées à la suppuration, deux cas de mort par pyohémie consécutive à cette trépanation du maxillaire. Un des grands inconvénients de cette opération, qui ne présente du reste qu'un intérêt historique, est la section inévitable des branches du facial.

• RÉSECTION DU NERF LINGUAL. — Elle peut être faite de deux façons.

a) *Par la voie buccale.* — Comme, à partir des piliers du voile du palais, le lingual se trouve situé immédiatement sous la muqueuse du plancher de la bouche, on arrive à le découvrir très facilement sur le cadavre. L'opération est plus difficile sur le vivant à cause de l'hémorragie et de la salive. C'est cette voie que Michel a suivie dans un cas. Roser fendit d'abord la joue depuis la commissure labiale jusqu'à la branche montante du maxillaire; il se créa ainsi un accès large au plancher de la bouche, la langue ayant été tirée au dehors et fortement portée vers le côté opposé.

b) *Par la voie sous-maxillaire.* — Parmi les anciens chirurgiens, Velpéau est le seul qui ait pensé à cette voie. Ce procédé n'est entré en pratique que depuis les travaux de Luschka, Linhart et Lœrl. Voici comment on pratique cette opération. La tête du malade est étendue et mise en rotation vers le côté sain. Le corps du maxillaire inférieur est divisé à partir de la ligne médiane jusqu'à l'angle, en quatre parties égales. L'incision externe, qui occupe seulement les 2^e et 3^e quarts, suit étroitement le bord inférieur du maxillaire et se prolonge jusqu'à l'artère maxillaire externe.

Aussitôt la peau et le peaucier divisés, on attire en bas, avec un crochet mousse, le bord inférieur de la plaie en même temps que l'artère et la veine sous-mentales et le nerf mylo-hyoïdien. Les ganglions lymphatiques qu'on rencontre sont repoussés de côté. On divise l'aponévrose en rasant en quelque sorte la face interne du maxillaire, et on arrive sur le muscle mylo-hyoïdien, souvent caché par du tissu cellulo-graisseux abondant. Le bord postérieur du muscle est mis à nu (et au besoin incisé) et attiré en arrière. On aperçoit alors la partie antérieure de la glande sublinguale, derrière laquelle se trouve le nerf, très facile à sentir sous forme d'un cordon. Il ne reste plus qu'à le réséquer dans une étendue de 2 centimètres. Pendant l'opération, il faut faire attention de ne pas ouvrir la muqueuse buccale. Comme la névralgie isolée du lingual est excessivement rare, ce procédé n'a guère qu'un intérêt théorique.

b) Si l'on voulait réséquer le nerf dans sa portion comprise entre la branche du maxillaire et le muscle ptérygoïdien interne, on pourrait traverser la branche montante, comme l'a fait Inzani, ou pénétrer par derrière, comme dans le cas de résection du dentaire inférieur.

RÉSECTION DU NERF BUCCINATEUR. — Les cas de névralgie isolée de ce nerf sont très rares. Holl a indiqué un procédé qui permet d'aborder le nerf par la bouche, où il n'est recouvert que par la muqueuse. Le nerf se trouve appliqué contre la face interne du tendon du temporal au moment de l'insertion de ce dernier sur le sommet de l'apophyse coronoïde. Pour découvrir le nerf, il suffit de faire largement ouvrir la bouche du malade et d'inciser la muqueuse le long du bord latéral du sillon qui se forme dans ce cas dans le vestibule buccal.

Le professeur E. Zuckerkandl a indiqué un autre procédé pour arriver sur le tronc du buccinateur par la voie génienne. Cette méthode

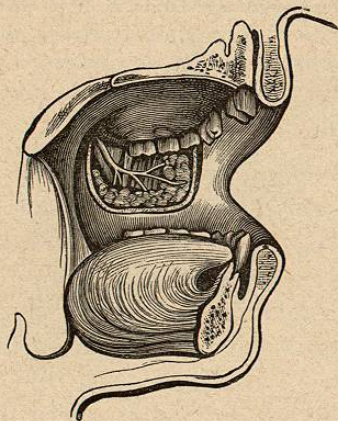


Fig. 40. — Coupe antéro-postérieure du crâne montrant les rapports anatomiques du nerf buccinateur après l'ablation de la muqueuse de la bouche.

est basée sur ce fait anatomique, que la partie du tendon du temporal contre laquelle se trouve accolé le nerf buccinateur est rendue visible en enlevant la couche graisseuse qui se trouve à ce niveau. La peau est incisée obliquement à 1 cm. 1/2 au-dessous du bord inférieur de l'os zygomatique, dans la direction d'une ligne allant du tragus vers le milieu du pli naso-labial. Le canal de Sténon et la branche du nerf facial qui l'accompagne, sont attirés en bas avec un crochet mousse. On coupe l'aponévrose massétérine, qu'on aperçoit au fond de la plaie, et on retire de sa loge la boule de graisse qui cache le tendon du temporal. On attire au dehors le bord antérieur du masséter, et on découvre ainsi l'apophyse coronoïde et la partie inférieure du tendon du temporal. Au niveau du bord médian du tendon se trouve le nerf

au milieu d'une couche de tissu cellulaire lâche. Il ne reste plus qu'à saisir le nerf avec une pince, à l'isoler sur une étendue de 2 centimètres et à le réséquer. Ce procédé, plus facile à exécuter que celui de Holl, présente encore l'avantage de permettre une antisepsie rigoureuse.

ÉLONGATION DES NERFS. — Ces temps derniers, on a tenté de ne pas réséquer, de soumettre simplement à l'*élongation* les nerfs mis à nu. Les uns ont obtenu des succès, les autres ont échoué, de sorte que jusqu'à présent il n'est guère possible de porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération.