

Au point de vue *clinique*, les myxomes des mâchoires ne présentent aucun caractère particulier. Ce sont, en général, des tumeurs volumineuses, qui, après avoir atrophié le tissu osseux, viennent paraître au dehors sous forme de grosses masses molles, souvent presque fluctuantes. L'absence d'ulcération de la peau et d'engorgement ganglionnaire, la marche plus lente de la maladie permettront peut-être de ne pas les confondre avec les carcinomes, mais il semble impossible de les distinguer des formes molles de l'enchondrome et du sarcome. (Guyon et Monod.)

Le myxome pur est d'un *pronostic* bénin qui ne se modifie pas beaucoup lorsque la tumeur renferme des éléments fibreux ou cartilagineux. Par contre, il n'est plus de même, quand il s'agit d'un myxo-sarcome; plus les éléments sarcomateux sont nombreux, plus le pronostic devient mauvais. Cette donnée, que l'on ne peut vérifier cliniquement, doit pousser le chirurgien à pratiquer l'extirpation complète du mal.

7° **Lipome.** — Il n'existerait dans la science que deux cas de *lipome du maxillaire supérieur*, et ce sont des trouvailles d'autopsie sans renseignements cliniques.

Dans le fait de Viard « le maxillaire supérieur droit présente à peu près le volume d'un œuf de dinde. Il est malade dans toute son étendue; sa consistance est diminuée, car il cède facilement sous les doigts. Une masse graisseuse a pris presque entièrement la plaie de cet os. Elle remplit complètement la cavité du sinus maxillaire; mais l'affection ne paraît pas avoir débuté par ce sinus; car, dans l'épaisseur de la tumeur on trouve des lamelles osseuses entre-croisées et séparées les unes des autres par du tissu adipeux. »

La pièce de Triquet est tout à fait analogue à la précédente. La tumeur avait le volume d'un œuf ordinaire; elle était constituée par une masse adipeuse compacte, cloisonnée par des lamelles celluleuses; chacune des loges renfermait de petites masses de graisse jaunâtre; il n'y avait pas trace de vaisseaux. Les parois du sinus étaient distendues et amincies, à tel point qu'une épingle traversait facilement la voûte palatine.

Il n'est pas inutile de signaler encore que, sous le nom de *tumeur graisseuse* du maxillaire supérieur, Stanley a décrit une tumeur à évolution maligne, sans doute de nature sarcomateuse, qui avait subi une transformation graisseuse.

NÉVRALGIES DES MACHOIRES (1).

Considérées en général comme relevant du domaine de la médecine, les *névralgies de l'une ou l'autre des branches maxillaires* du triju-

(1) LAMOTTE, Traitement chirurgical de la névralgie faciale, thèse de Paris, 1892. — SEGOND, Résection du nerf maxillaire supérieur (*Revue de chir.*, 1890, p. 192). —

meau intéressent le chirurgien en raison des interventions opératoires qu'il est parfois amené à entreprendre sur elles. Nous ne décrirons donc pas ici les manifestations symptomatiques, crises de douleur atroce dans la sphère de la branche nerveuse atteinte, points douloureux correspondant aux trous d'émergence des branches nerveuses; chez certains malades encore, contractions convulsives rapides et multipliées dans la moitié correspondante de la face (tic facial), voire même avec propagation des secousses au cou et aux jambes. Nous nous limiterons à l'étude des indications et des procédés opératoires.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — C'est dans l'*étiologie* des névralgies maxillaires qu'il convient de rechercher les indications de leur traitement chirurgical, auquel trop souvent l'on ne se décide à recourir que tardivement, après l'échec de toutes les tentatives de thérapeutique médicale. Dans certains cas, cependant, de bonne heure celle-ci doit céder le pas à l'intervention chirurgicale. Tout d'abord on éliminera les causes constitutionnelles, anémie, intoxications par le plomb ou le mercure, malaria, goutte, etc., et les causes que Jaccoud qualifie d'*extrinsèques indirectes*, c'est-à-dire qui n'affectent pas directement le trijumeau, mais agissent soit sur un autre nerf périphérique, soit sur les organes nerveux centraux, et, par irradiation, influent le foyer de la cinquième paire (lésions traumatiques des nerfs des membres), les congestions ou les lésions chroniques de l'encéphale et de la partie supérieure de la moelle. Le chirurgien ne peut rien quand l'affection relève d'une pareille étiologie. Par contre, il est, pour certains cas au moins, mieux armé quand la névralgie est provoquée par une *cause extrinsèque directe* ou par une *cause intrinsèque*. La *première* siège dans le voisinage immédiat du cordon nerveux, sur un point quelconque de son trajet, depuis l'émergence à la protubérance jusqu'aux ramifications terminales; elle agit directement sur lui par compression ou par irritation. Alors, il est vrai, la lésion causale peut parfois encore échapper à toute intervention: telles les tumeurs de la base, les exsudats méningés, les anévrysmes de la carotide, peut-être même la carie du rocher; mais si, en pareil cas, il est souvent impossible de couper les conducteurs nerveux au-dessus du point irrité, la chose est plus aisée quand il s'agit de rétrécissement par ostéopériostite des trous grand rond et ovale, des canaux osseux que suivent les branches nerveuses dans les deux maxillaires. Il en est de même encore quand les branches terminales nerveuses sont irritées par la présence d'un corps étranger, une tumeur, une inflammation osseuse, un cal et particulièrement quand il y a carie dentaire ou sclérose gingivale chez les édentés.

Quant aux *causes intrinsèques*, elles fournissent moins que les pré-

QUÉNU, Résection du nerf maxillaire inférieur (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 janvier 1894). — POIRIER, Résection du ganglion de Gasser (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. XXII, 1896, p. 574 et 585).

cédentes matière à l'intervention chirurgicale ; en effet celle-ci n'est pas de mise contre la plus fréquente de ces causes intrinsèques la congestion du névrilème sous l'influence du froid ; puis les autres sont très rares : œdème du névrilème, hypertrophie, formations kystiques et fibreuses dans l'interstice des faisceaux du nerf, enfin les anévrysmes et le cancer des tuniques nerveuses.

Une fois reconnue la cause de la névralgie, le chirurgien devra ou la supprimer ou s'attaquer directement au nerf au-dessus du point malade, ou bien il fera disparaître l'épine qui provoque l'excitation douloureuse, ou bien, en coupant la communication nerveuse, il isolera les centres nerveux de l'agent irritant, cause première de la névralgie. Dans cette dernière hypothèse, il importe que la section nerveuse porte d'emblée sur toutes les branches principales périphériques du trijumeau (Letiévart, Tripier), si l'on veut, en supprimant la perception des excitations périphériques, faire disparaître l'excitabilité anormale du centre nerveux lui-même. En outre, certains (Kocher) conseillent de modifier ce dernier en déterminant, par l'élongation du bout central de la branche coupée, un certain degré de dégénérescence et d'atrophie. Enfin, pour être bien assuré que la section nerveuse intéresse toutes les fibres nerveuses, d'aucuns (Blum, Monod, Tripier) n'hésitent pas à arracher le bout périphérique.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. — S'il s'agit de supprimer comme cause de la névralgie une lésion extrinsèque au nerf, le chirurgien opérera différemment selon qu'il devra extraire un corps étranger, réséquer un cal, ouvrir un abcès du sinus maxillaire, enlever une tumeur : nous ne saurions nous arrêter à décrire la conduite à tenir dans ces différents cas. Lorsqu'on a affaire à une ou plusieurs dents cariées, cause incontestablement la plus vulgaire de l'affection, l'extraction s'impose. Dans les cas où, en un point du bord alvéolaire privé de dents, il paraît logique d'invoquer comme cause de la névralgie une lésion nerveuse comparable à celles qui se produisent dans la cicatrice des moignons d'amputés, alors, comme le conseillait Gross et plus récemment Jarre, on *réséquera un coin du bord osseux*, de façon à comprendre dans la section toute la partie cicatricielle. Pour ce faire, après anesthésie à la cocaïne, on limitera sur la gencive la portion à enlever, avec la rugine, la pince et les ciseaux on détachera la fibromuqueuse et avec une pince coupante ou une toute petite scie et un davier on supprimera le tissu osseux.

Viennent maintenant les interventions pratiquées directement sur les troncs maxillaires. Leur *élongation* (Billroth, Chauvel) n'a pas donné les résultats qu'on en attendait ; leur simple section, elle aussi, tend de plus en plus à être délaissée, la résection nerveuse, la *névrectomie*, offrant sur elle l'avantage de prévenir la régénération du nerf et par suite la récurrence de la névralgie.

La *névrectomie* doit intéresser le nerf au-dessus du point malade :

telle est la première donnée qu'il importe de bien établir. Faute de s'y conformer, le chirurgien ne retirerait de son intervention qu'un bénéfice nul ou tout au plus de courte durée ; c'est pour lui obéir que, dans ces dernières années, l'on a proposé et exécuté la résection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur, non pas seulement dans leur trajet, mais au niveau de leur trou de sortie à la base du crâne, et que l'on a même pratiqué l'ablation du ganglion de Gasser.

Le *nerf maxillaire supérieur* doit être réséqué dans le canal sous-orbitaire ou dans la fosse ptérygo-maxillaire. Agir sur lui à sa sortie du trou sous-orbitaire, c'est l'intéresser après qu'il a fourni tous les filets dentaires, aussi une pareille intervention reste presque fatalement sans résultats. Tout au plus pourrait-on donner le conseil, après avoir mis à nu le bouquet nerveux dans la fosse canine, de le saisir avec une pince et de l'arracher ; de même l'on a peu de chance que l'élongation intéresse le rameau dentaire antérieur.

Si l'on veut *réséquer* le nerf maxillaire supérieur avant qu'il ait donné le *rameau dentaire* antérieur, il convient d'inciser les parties molles à fond un peu au-dessous du bord inférieur de l'orbite, de détacher le périoste du plancher orbitaire, de reconnaître, en se guidant sur la position du trou sous-orbitaire, la direction du canal, puis de la gouttière où se trouve logé le tronc nerveux. La lamelle osseuse et plus loin fibreuse qui le recouvre est facilement ouverte avec un fort bistouri ; un petit crochet, en respectant l'artère, soulève le nerf que l'on sectionne d'un coup de ciseaux, puis, après dissection de la lèvre inférieure de l'incision, l'on saisit avec une pince et l'on arrache le bouquet terminal.

Veut-on réséquer le nerf maxillaire supérieur avant qu'il ait fourni ses *rameaux orbitaires et dentaires postérieurs* et ses *filets au ganglion sphéno-palatin*, l'on suivra le procédé préconisé par Segond. La voie temporale que ce chirurgien adopte, après Lossen et Braun, est en effet préférable à la voie du sinus maxillaire, qui fut créée par Carnochan. L'incision des téguments longe le bord supérieur de l'apophyse zygomatique et, parvenue à son extrémité antérieure, elle se porte obliquement en bas et en avant sur les malaïres. L'aponévrose temporale et le périoste du malaïre sont ensuite incisés ; ce dernier os est coupé avec la scie à chaîne, immédiatement au-devant du bord antérieur du masséter et par un renversement brusque on fracture au niveau de son col l'apophyse zygomatique. Le lambeau ostéo-musculo-cutané ainsi formé est refoulé en bas et en arrière ; avec la sonde cannelée on décolle le bord antérieur du muscle temporal que l'on rétracte fortement en arrière, et la fosse ptérygo-maxillaire se trouve à découvert, mais pleine de graisse et profonde. On y pousse un crochet à strabisme le bec tourné en haut, on l'engage à fond en suivant la voussure postérieure du sinus maxillaire, puis on le ramène en dehors ; le nerf est sûrement chargé. Pour s'en

assurer, on saisit le bouquet nerveux qui apparaît au trou sous-orbitaire et on lui imprime des mouvements de traction qui se transmettent au crochet à strabisme. Alors, pour réséquer le nerf, on le saisit avec une pince à mors étroits et longs sur laquelle on l'enroule par torsion, de façon à bien dégager son point d'émergence et on le coupe le plus loin possible en avant et en arrière dans la fente sphéno-maxillaire. Pendant ces manœuvres, on risquera de déchirer des rameaux de l'artère maxillaire interne: la compression, du reste, aurait facilement raison de l'hémorragie. Une fois la névrectomie pratiquée, le lambeau est remis en place et maintenu par des points de suture périostiques et cutanés.

Le *maxillaire inférieur*, lui aussi, peut être réséqué à sa sortie du trou mentonnier, lequel est situé sur la verticale de la deuxième petite molaire ou un peu en avant, à peu près à mi-distance des deux bords du maxillaire. Une incision cutanée ou une incision au fond de cul-de-sac jugo-gingival conduit sur le bouquet nerveux. En réalité, cette intervention ne doit être préconisée que comme complément d'une névrotomie plus élevée, elle permet alors d'arracher toute la portion terminale du nerf dentaire inférieur.

Il est en effet préférable le plus souvent d'attaquer le *dentaire inférieur* à son entrée dans le canal que lui offre le maxillaire. L'orifice interne du canal dentaire se trouve à la face interne de la branche montante, à égale distance des bords antérieur et postérieur et à peu près à mi-chemin entre le bord inférieur et la concavité de l'échancrure sigmoïde, sur le prolongement du bord alvéolaire du corps du maxillaire. Au lieu d'inciser comme Velpeau la peau et le masséter, de trépaner l'os de dehors en dedans, de façon à tomber sur le nerf, mieux vaut, comme Michel (de Nancy), aller à sa recherche par la voie buccale. La bouche très largement ouverte et la commissure labiale tirée du côté de l'opérateur, on incise verticalement la muqueuse sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, la pulpe de l'index, engagée entre la face interne de l'os et le ptérygoïdien interne, reconnaît l'épine de Spix: un petit crochet conduit au-dessus d'elle accroche tout ce qui pénètre dans le canal et les fibres du ligament sphéno-maxillaire: le cordon ainsi formé est saisi dans une pince à pression, et, par torsion, l'on rompt et l'on arrache le nerf et les vaisseaux dentaires. Comme temps complémentaire, il est ensuite indiqué d'agir au niveau du trou mentonnier ainsi qu'il a été dit plus haut.

Au cas où la résection du *lingual* serait nécessaire, l'opérateur devrait inciser d'arrière en avant sur une longueur de 3 centimètres la muqueuse buccale au niveau de la dernière molaire inférieure, parallèlement à l'arcade dentaire et à 5 millimètres du point de réflexion de la muqueuse sur les côtés de la langue. La sonde cannelée fouillant le tissu sous-muqueux mettra à découvert le tronc nerveux, qui sera réséqué sur une longueur de 2 centimètres.

Pour réséquer le maxillaire inférieur, immédiatement au-dessous du trou ovale, on suivra le procédé de Krönlein, lequel permet d'exciser en même temps le nerf maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond. A cet effet on circonscrit un lambeau cutané semi-lunaire dont la base siège entre le bord externe de l'orbite et le tragus et dont le sommet descend à hauteur d'une ligne menée de l'aile du nez au lobule de l'oreille. Le facial, le canal de Sténon, la temporale superficielle doivent être ménagés lors de la dissection de la peau. On sectionne ensuite, comme Segond, l'arcade zygomatique dans le procédé de Lossen-Braun, puis, tandis que le lambeau cutané est relevé, le lambeau zygomato-massétérien est abaissé; l'apophyse coronoïde, comme le conseillait déjà Pancourt, est sectionnée à sa base, l'artère maxillaire interne est coupée entre deux ligatures, entre les deux portions du ptérygoïdien externe qui, désinséré au niveau de la crête sous-temporale, est abaissé. Après hémostase du plexus veineux ptérygoïdien, en rasant la base du crâne, le chirurgien va directement avec la sonde derrière la racine de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et trouve là le maxillaire inférieur à son émergence du trou ovale. Chargé sur un crochet à strabisme, le tronc nerveux est distendu et excisé; derrière lui paraît l'artère méningée moyenne embrassée par l'anneau du nerf auriculo-temporal.

Si l'excision du maxillaire supérieur doit être simultanément pratiquée, le chirurgien peut alors opérer dans la fosse ptérygo-maxillaire, comme le conseille Segond. Au besoin même, quand la fente est trop étroite, Krönlein n'hésite pas à abraser la tubérosité maxillaire.

Enfin, après nettoyage du foyer opératoire, l'apophyse coronoïde est remise en place et fixée par quelques sutures périostiques au catgut. On agit de même à l'égard du lambeau zygomato-massétérien et le lambeau cutané ferme la plaie.

Dans des cas de névralgie invétérée de toute la sphère du trijumeau, l'extirpation du *ganglion de Gasser*, malgré les troubles trophiques auxquels elle expose l'œil a été pratiquée par Rose, Horsley, Finney, Doyen. Le chirurgien de Reims, s'inspirant du procédé de Rose, fait, à mi-distance du conduit auditif et du bord externe de l'orbite, une incision verticale de 5 centimètres, qui dépasse en bas de 15^{mm} l'arcade zygomatique. Cette dernière est réséquée, et sur la suture sphéno-temporale une couronne de trépan ouvre le crâne: la méningée moyenne doit alors être respectée ou liée. Avec la pince-gouge, l'orifice crânien est élargi jusqu'au trou ovale, et, par la brèche osseuse ainsi pratiquée, la dure-mère est décollée jusque sur le côté de la selle turcique en séparant les deux feuillets qui enveloppent le ganglion de Gasser. On chemine ainsi entre la carotide, le sinus pétreux supérieur, le sinus caverneux et l'on finit par arriver au sommet du rocher. Le trijumeau est alors sectionné au delà du ganglion et ce dernier est ensuite enlevé dans sa totalité avec une certaine

longueur des trois branches qui en émanent : on doit être prévenu que si le ganglion se laisse assez facilement décoller par sa face inférieure, on rencontre au contraire de grandes difficultés quand on cherche à l'isoler par sa face supérieure et du côté de la branche ophthalmique de Willis. (Terrier.)

Poirier, après section du malaire, de l'apophyse zygomatique et du sommet de l'apophyse coronoïde, dénude le plan sphéno-temporal, reconnaît le tissu ovale et l'émergence du maxillaire inférieur, résèque la partie basse de la fosse temporale et du plan sphéno-temporal jusqu'au trou ovale, reconnaît la partie intracrânienne du maxillaire inférieur, puis le maxillaire supérieur, sectionne ces deux nerfs au niveau des trous ovale et grand rond, soulève le lobe temporo-sphénoïdal, dégage la face crânienne du ganglion, après pincement du trijumeau non encore épanoui, l'arrache de la protubérance, enfin extrait le ganglion d'arrière en avant.

Horsley préfère mettre franchement à nu le lobe temporo-sphénoïdal en taillant trois lambeaux cutané-musculaire, osseux et dure-mérien que limitent des incisions conduites suivant le bord supérieur de la fosse temporale. Un large rétracteur glissé au-dessous du cerveau le relève, et, s'aidant de l'éclairage électrique, le chirurgien suit le bord supérieur du rocher qui le conduit vers le ganglion; estimant la situation du canal dans lequel le nerf est couché au-dessus du ganglion, il l'ouvre avec précaution, puis, après arrachement du tissu nerveux saisi dans un petit crochet mousse, il enlève le ganglion.

La résection juxtabasilaire des nerfs maxillaires et plus encore l'extirpation de ganglion de Gasser constituent des opérations délicates qui, malheureusement, ne donnent pas toujours des succès durables. Le plus souvent il y a guérison, puis au bout de quelques mois, quelques années, la névralgie reparait. Néanmoins, alors même qu'elle ne serait suivie que d'un répit aux atroces douleurs dont souffrait le patient, l'intervention opératoire est justifiée et peut-être, grâce à des indications opératoires plus précises permettant une action moins tardive que par le passé, arrivera-t-on à un pour cent plus élevé de guérisons définitives.

CONSTRICTION DES MACHOIRES (1).

Toute entrave au mouvement d'abaissement du maxillaire inférieur provoque la *constriction des mâchoires*, c'est-à-dire supprime ou réduit

(1) DE SCHULTEN, De l'ankylose de la mâchoire inférieure et de son traitement (*Arch. gén. de méd.*, 1879, t. I, p. 543). — URDY, Étude sur l'immobilité permanente de la mâchoire inférieure, thèse de Paris, 1879. — LEWY, Die Kieferklemmen nach ihrer Behandlung. Inaug. Dissert. Berlin, 1885. — ZIPFEL, De l'ankylose osseuse de l'articulation temporo-maxillaire, thèse de Paris, 1885-1886. — LE DENTU, Traitement de la constriction des mâchoires (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 64). — TH. KOCHER, Traitement chirurgical de la contraction spasmodique des mâchoires (*Sem. méd.*, 1896, p. 49).

dans une grande mesure la possibilité de leur écartement. Cet état *temporaire* ou *permanent* constitue un symptôme commun à différentes affections des articulations temporo-maxillaires, des muscles masticateurs et des parties molles des joues. De là la classification étiologique des constrictions des mâchoires en *articulaires*, *musculaires* et *cicatricielles*. En outre, suivant que la lésion siège d'un seul côté du visage ou que chacune des moitiés de la mâchoire est immobilisée pour son propre compte, la constriction peut être taxée d'*unilatérale* ou de *bilatérale*.

I. — CONSTRICTION TEMPORAIRE.

Étiologie et anatomie pathologique. — *Temporaire*, la constriction résulte d'une poussée inflammatoire articulaire de courte durée et de minime intensité; de règle, en effet, l'arthrite temporo-maxillaire, comme nous le dirons plus loin, expose à une gêne prolongée ou permanente de l'ouverture de la bouche. Plus souvent la constriction temporaire de la mâchoire est la conséquence d'une contracture musculaire, que les muscles soient eux-mêmes malades ou qu'il s'agisse d'une contraction réflexe. A tort peut-être on ne donne pas le nom de *constricture* à la gêne apportée dans l'écartement des arcades alvéolaires par les lésions inflammatoires des joues, leurs ulcérations non cicatrisées, enfin leur infiltration par un néoplasme, l'épithéliome en particulier, cette dernière lésion, à vrai dire, constituant plutôt, vu l'inefficacité du traitement dit médical, un obstacle permanent.

La contracture des muscles élévateurs de la mâchoire supérieure s'observe dans certaines affections du système nerveux, et ici, après le tétanos qu'il convient de citer en première ligne, doivent trouver place la méningite, l'éclampsie, voire même l'hystérie. Chez certaines personnes encore, le masséter se contracture pendant quelques instants à la suite des mouvements de mastication : il est atteint d'une véritable *crampe*. Autrement les deux mâchoires sont maintenues rapprochées parce que les muscles masticateurs sont en état de vigilance ou sont enflammés. La *contraction par appréhension*, supprimant les mouvements des parties, a pour effet d'éviter la douleur qu'ils provoquent lorsque l'articulation temporo-maxillaire est le siège d'une arthrite aiguë; lorsque, dans la loge parotidienne, la parotide enflammée ou atteinte d'oreillons ne supporterait pas d'être comprimée par les déplacements du maxillaire inférieur; lorsque ceux-ci tireraient les tissus enflammés de la bouche ou de l'isthme du gosier. Dans ces cas, à la contracture réflexe, peut s'ajouter la *contracture par inflammation* des muscles eux-mêmes. Cette complication intervient surtout dans les ostéopériostites maxillaires, particulièrement lorsqu'elles siègent à la mâchoire inférieure et sont