

1) On divise la peau et le muscle orbiculaire des paupières par une incision semi-lunaire dirigée transversalement le long du bord inférieur de l'orbite. Le trou sous-orbitaire est situé sur la même ligne que le trou mentonnier et la première grosse molaire. On le découvre après avoir détaché les fibres du muscle élévateur propre de la lèvre supérieure, qui s'insère au bord inférieur de l'orbite, directement au-dessus du trou sous-orbitaire. On met ensuite à nu le nerf à sa sortie de ce dernier, on l'attire avec des pinces et on l'isole aussi haut que possible, puis on en fait autant du côté périphérique, et on le divise à l'aide de ciseaux de façon à enlever un segment d'environ un centimètre.

L'opération que nous venons de décrire, constitue le premier temps de la plupart des résections pratiquées sur le nerf maxillaire supérieur. Elle ne peut suffire à elle seule que lorsqu'il est certain que la névralgie est due à une cause morbide intéressant les branches terminales qui vont se ramifier dans la face. Ce cas est en somme rare; presque toujours, même dans les névralgies périphériques affectant l'expansion terminale du nerf dans les parties molles de la face, la cause de la maladie doit être cherchée dans les parois osseuses de la gouttière sous-orbitaire. La résection du nerf à son point d'émergence ne se trouvera dès lors que très rarement indiquée. Mais elle devient tout à fait insuffisante lorsque les nerfs malades sont situés plus haut (par exemple les rameaux dentaires). Par conséquent, *c'est dans le canal osseux de l'orbite ou même plus haut encore, que devront être pratiquées presque toutes les résections de la deuxième branche du trijumeau.*

2) Après avoir mis à nu le nerf à son point d'émergence de la manière indiquée plus haut, on incise l'aponévrose tarso-orbitaire dans toute son étendue, le long du bord inférieur de l'orbite; puis, à l'aide d'une spatule, on soulève le bulbe oculaire avec ses muscles et le tissu adipeux de la cavité orbitaire. Une fois l'hémorragie arrêtée, on aperçoit le tronc nerveux à travers le périoste. Longeant le côté interne du nerf, on enfonce alors un fort ténotome aussi loin que possible en arrière, à travers la paroi supérieure de l'antre d'Highmore. La lame de l'instrument est ensuite portée transversalement en dehors, et l'on divise à la fois l'os, le périoste, le nerf et l'artère (MALGAIGNE, SCHUH). On finit on saisit, à l'aide d'une pince à mors plat, le nerf à son point d'émergence du trou sous-orbitaire, après l'avoir préalablement sectionné à ce niveau, et par des mouvements de torsion on l'arrache de son canal osseux, ce qui entraîne la déchirure du nerf dentaire antérieur.

Ce procédé de résection intra-orbitaire a été modifié de diverses manières, et cela essentiellement dans le but d'enlever à la fois le nerf et le canal osseux qui le contient. A l'aide du ciseau et du maillet, des cisailles et d'une scie passe-partout, on pratiquait la résection d'une portion de l'os ce trou tombe entre les deux petites molaires ou au niveau de la deuxième (TILLAUX, *Anat. topog.*, page 310).

(Note du traducteur).

comprenant l'extrémité antérieure du canal sous-orbitaire, ainsi qu'une partie de son trajet dans l'orbite. Le moyen le plus simple de réséquer le nerf à une grande profondeur dans l'orbite, consiste à dénuder le trou sous-orbitaire, et à retrancher à l'aide d'une incision en **L** pratiquée avec un ciseau, toute la portion de l'os qui entoure cet orifice. Peu à peu on enlève ensuite, à l'aide d'un fin ciseau ou d'une pince, la paroi osseuse recouvrant le canal dans l'intérieur de l'orbite, après avoir préalablement détaché le périoste au moyen d'une rugine. Le nerf peut être suivi ainsi jusqu'à l'extrémité postérieure du canal sous-orbitaire où on le divise à l'aide de petits ciseaux pointus. Cette opération est certainement sans danger lorsqu'on suit scrupuleusement les règles, facilement applicables ici, de la méthode antiseptique. La cicatrice qui en résulte n'est pas très apparente malgré l'ablation d'une portion du rebord inférieur de l'orbite. Mais même par ce procédé, on n'a pas la certitude d'enlever le tronc nerveux jusqu'au delà de l'origine du rameau dentaire antérieur. Or on sait que, dans beaucoup de cas, il importe de détruire également les rameaux dentaires postérieurs ainsi que les autres nerfs que fournit le maxillaire supérieur au niveau de la fosse sphéno-maxillaire. Aussi a-t-on imaginé et mis en pratique diverses méthodes opératoires destinées à répondre à cette indication. Un certain nombre d'entre elles présentent l'avantage d'éviter un inconvénient sérieux, à savoir la lésion du sinus maxillaire, laquelle donnait lieu bien souvent à des catarrhes purulents prolongés de cette cavité. Parmi ces méthodes celle qui entraîne le moins de désordres traumatiques, et qui a été déjà pratiquée plusieurs fois avec succès, est la :

3) **Méthode sous-cutanée** décrite par LANGENBECK et HUETER. Elle consiste à diviser le nerf à l'aide d'un ténotome dans la profondeur de la fente sphéno-maxillaire, puis à le mettre à nu à son point d'émergence du trou sous-orbitaire, pour le sectionner à ce niveau, et l'extraire ensuite du canal osseux qui le contient.

La fente sphéno-maxillaire comprise entre le bord externe de la face orbitaire du maxillaire supérieur et le bord inférieur de la face orbitaire de la grande aile du sphénoïde, est dirigée de dedans en dehors et d'arrière en avant; elle se termine à 15 millimètres en arrière du point d'union du bord inférieur avec le bord externe de l'orbite formé par l'apophyse frontale de l'os malaire. Le nerf maxillaire supérieur sort de la fente sphéno-maxillaire pour pénétrer dans l'ouverture postérieure du canal sous-orbitaire, située à 25 millimètres environ en arrière du rebord inférieur de l'orbite. De là il se dirige d'arrière en avant et de dehors en dedans jusqu'à son point d'émergence à la face.

Pour pratiquer cette opération, on se sert d'un fort ténotome de DIEFFENBACH, à pointe légèrement émoussée. On le saisit à la manière d'une plume à écrire, et inclinant l'extrémité de l'instrument vers le bas, sous un angle d'environ 60°, on l'enfonce directement au-dessous du ligament

l'on maintient fixé dans cette position pour aller ensuite à la recherche du nerf dans la fosse sphéno-maxillaire, que l'on aborde ainsi latéralement. La résection du nerf terminée, le lambeau est rabattu et fixé au moyen de sutures.

Pour détacher l'os malaire près de son articulation avec le maxillaire supérieur, LUECKE fait une première incision partant d'un point situé à environ un centimètre au-dessus de l'angle externe de l'œil, et à 2 ou 3 millimètres du rebord de l'orbite, pour se diriger un peu obliquement en bas et en avant jusqu'au niveau de la première grosse molaire supérieure. On pratique cette incision avec un fort couteau à résection, de façon à diviser d'un seul coup les parties molles et le périoste de l'os malaire; au moyen d'un bistouri étroit on pénètre par l'angle inférieur de la plaie, et l'on divise également les parties molles et le périoste de la face postérieure de cet os. Puis, à l'aide de la scie à chaînette, on divise l'os malaire d'arrière en avant et de dehors en dedans. Cette direction du trait de scie a pour but de rendre plus exacte la réunion ultérieure des deux portions de l'os. On pratique ensuite une seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la première, pour se porter d'avant en arrière sur l'os malaire, le long du bord inférieur de cet os, jusqu'à quelques millimètres en arrière de son point d'union avec l'apophyse zygomatique du temporal; ici également on devra pratiquer d'un seul coup l'incision des parties molles jusqu'à l'os. Puis vient la section de l'arcade zygomatique au moyen de la cisaille de Liston. On détache l'insertion du masséter au bord inférieur de l'os malaire, et l'on peut alors relever le lambeau formé d'os et de parties molles. On le maintient dans cette position au moyen d'un crochet pointu.

La fosse sphéno-maxillaire n'est plus cachée alors qu'à sa partie postérieure par quelques faisceaux musculaires du temporal s'insérant sur l'apophyse coronoidale. Ces fibres seront sectionnées au besoin. D'ailleurs on opérera autant que possible dans la partie antérieure de l'ouverture pratiquée, parce qu'ici l'espace n'est pas rétréci par la présence de l'apophyse coronoidale. La fosse sphéno-maxillaire est remplie par du tissu adipeux à gros lobules, et par un plexus veineux considérable. En outre, derrière l'apophyse coronoidale s'élève l'artère maxillaire interne, laquelle se ramifie au niveau de l'angle supérieur de la cavité en question. Si l'on refoule le tissu adipeux en arrière à l'aide d'un instrument non tranchant, et qu'on le maintienne dans cette position au moyen d'un large crochet mousse, on ne verra même pas ces vaisseaux, du moins dans leur partie inférieure. Par contre, on apercevra les nerfs dentaires postérieurs et l'on trouvera facilement avec un stylet la fente sphéno-maxillaire. On découvre alors sans difficulté le cordon vasculo-nerveux, dont on peut séparer les éléments, et l'on attire le nerf à soi au moyen d'un crochet à strabotomie. Il se distingue de l'artère sous-orbitaire par sa direction: le nerf se porte d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas, tandis que l'artère se dirige de bas en haut, de dehors en dedans et d'arrière en avant. Si possible on suivra le nerf jusqu'au trou grand rond. Mais auparavant, on le sectionnera aussi profondément que l'on pourra dans la fente sphéno-maxillaire; on se servira dans ce but d'un ténotome étroit que l'on introduira tout à fait en arrière pour le ramener ensuite en avant, de façon à couper le nerf; ce dernier doit être préalablement tendu à l'aide d'une pince, afin de faciliter ce temps de

l'opération. On procédera ensuite, avec un ténotome, ou bien avec de fins ciseaux, à la section centrale du nerf. LUECKE propose en outre, pour avoir la certitude de sectionner également les rameaux dentaires postérieurs, d'enlever de la face postérieure du maxillaire, sur laquelle rampent les filets nerveux en question, une certaine étendue de périoste, et peut-être même une couche mince de tissu osseux à l'aide d'un ciseau.

L'opération doit être faite avec les précautions de la méthode antiseptique. Dès qu'elle est terminée, on rabat le lambeau que l'on fixe par des sutures, après avoir introduit dans l'angle inférieur de la plaie un bout de drain allant jusque dans la fosse sphéno-maxillaire.

Cette méthode a un inconvénient qui paraît avoir été constaté dans tous les cas publiés jusqu'ici. Les lésions que l'opération fait subir aux muscles de la mastication (temporal, masséter), gênent, jusqu'à un certain point, les mouvements de la mâchoire. C'est pourquoi LOSSEN et BRAUN, à la suite d'expériences sur le cadavre, ont proposé de modifier le procédé de telle sorte que le masséter reste uni à l'os malaire après que ce dernier a été divisé par le trait de scie. LOSSEN fait la première incision tout à fait de la même manière que LUECKE, et divise également l'os malaire dans la même direction. Mais la seconde incision part à angle droit du *bout supérieur* de la première, et s'étend jusqu'à l'apophyse zygomatique du temporal; elle comprend la peau, le tissu sous-cutané et l'aponévrose temporale. Puis, à l'extrémité inférieure de cette seconde incision on opère la section de l'arcade zygomatique. Le lambeau qui se trouve ainsi taillé à angle droit, et qui comprend l'os malaire dans son épaisseur, est rabattu de haut en bas, de façon à donner accès à la fosse sphéno-maxillaire. Le masséter conserve ainsi intactes toutes ses insertions.

Si l'on ne réussit pas à guérir la névralgie par l'une des méthodes que nous venons de décrire, ou bien si les conditions anatomiques ont été tellement modifiées par des opérations antérieures, que l'on soit obligé de s'adresser à un procédé qui permette de dénuder le nerf le plus possible, on aura alors recours avec avantage à la *résection ostéoplastique du maxillaire supérieur*, qui a déjà donné dans plusieurs cas des résultats favorables.

Nous ferons abstraction ici de la section isolée des diverses branches du nerf maxillaire supérieur, tels que les nerfs dentaires, etc., parce que l'expérience a démontré que les résultats obtenus ne sont point en rapport avec les lésions relativement considérables qu'entraînent ces opérations.

Troisième branche du trijumeau

§ 27. — Il ne saurait être question ici, évidemment, que de la section ou résection des rameaux sensitifs de la branche inférieure de ce nerf. Ces rameaux sont le **temporal superficiel**, le **dentaire inférieur** et le **lingual**¹.

1. Outre les trois rameaux sensitifs principaux qui ont été pris en considération