

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

Les deux derniers nerfs que nous venons de mentionner, longent le côté interne de l'artère maxillaire interne, et passent entre les muscles ptérygoïdiens externe et interne, pour se diriger du côté du canal dentaire. Avant de pénétrer dans ce dernier, le nerf dentaire inférieur fournit le rameau mylo-hyoïdien; dans ce même point il se sépare du nerf lingual, lequel gagne aussitôt le bord latéral de la langue, où il se trouve situé immédiatement au-dessous de la muqueuse.

Dans son canal osseux, le nerf dentaire inférieur se divise en une branche destinée aux dents, et en une autre, le nerf mentonnier, qui sort par le trou de même nom, au-dessous de la seconde petite molaire, pour s'épanouir à la surface.

Il n'arrive pour ainsi dire jamais que l'on ait à pratiquer la section isolée du nerf mentonnier. On peut arriver sur ce dernier par l'extérieur, au moyen d'une incision à travers la peau et le muscle triangulaire du menton, ou bien par l'intérieur de la bouche, en attirant en avant et en bas la lèvre inférieure, et incisant la muqueuse à l'endroit où celle-ci se réfléchit sur la gencive, au niveau de la seconde petite molaire¹.

Pour obtenir des effets durables d'une intervention opératoire dans les névralgies de cette partie du trijumeau, on sera presque toujours obligé de pratiquer la section du nerf dans un point plus élevé, c'est-à-dire dans l'intérieur du canal dentaire ou même plus haut encore.

Nous allons maintenant décrire brièvement les procédés opératoires.

1. Résection des nerfs dentaire inférieur et mentonnier dans le canal dentaire. — On fait une incision longue d'environ 6 centimètres, partant du bord du masséter et se dirigeant en avant sur la face antérieure du maxillaire. On divise le muscle peaucier, et l'on respecte autant que possible l'artère et la veine faciales; puis on incise également le périoste. A l'aide de la gouge et du maillet, on ouvre alors le canal dentaire sur une longueur d'environ 1,5 centimètre. On peut aussi appliquer dans ce but une petite couronne de trépan. Enfin, on va à la recherche des deux nerfs et l'on en fait la résection sur la plus grande longueur possible.

2. Résection du nerf dentaire inférieur avant son entrée dans

par l'auteur, il en existe un quatrième, moins important, le *nerf buccal*, qui passe entre la tubérosité du maxillaire et le bord antérieur de l'apophyse coronéide, puis arrive au-devant du masséter, sur le muscle buccinateur, où il se divise en branches cutanées pour la peau de la joue, branches muqueuses pour la muqueuse de la bouche, et branches anastomotiques avec le facial. La section de ce nerf a été pratiquée une fois sur le vivant par LÉTIÉVANT (*Traité des sections nerveuses*, page 539). Cet auteur conseille, pour aller à la recherche du nerf buccal, de pratiquer une incision de trois centimètres le long du bord antérieur du muscle masséter.

(Note du traducteur).

1. D'après TILLAUX, le nerf mentonnier se trouve situé à une distance de 8 millimètres du cul-de-sac de la muqueuse gingivo-labiale, et le trou mentonnier correspond à l'intervalle qui sépare la première de la deuxième petite molaire, ou au collet de cette dernière.

(Note du traducteur).

le canal. Cette opération a été pratiquée, tantôt de l'extérieur, tantôt par la cavité buccale.

Pour découvrir le nerf de dehors en dedans, on a eu recours, dans les derniers temps, à deux procédés principaux: le premier, employé par VELPEAU, consiste à se frayer une voie par la perforation de la branche montante du maxillaire, tandis que, dans le second, on pénètre sous l'angle de la mâchoire, après avoir réséqué une portion de ce dernier (KUEHN).

Dernièrement LUECKE, se basant sur des expériences faites sur le cadavre par SONNENBURG, a pratiqué sur le vivant la résection du nerf dentaire en pénétrant sous le maxillaire sans résection préalable. Pour faciliter l'opération, le malade est placé la tête pendante. On fait une incision embrassant l'angle de la mâchoire et correspondant à l'insertion inférieure du masséter, puis à l'aide d'un élévatoire ou d'un rugine, d'une pince à dissection et d'un bistouri, on détache toutes les parties molles de la face postérieure de l'os. L'index introduit dans la profondeur reconnaît alors l'aiguille de Spix, au-dessus de laquelle se trouve le nerf dentaire que l'on attire à l'extérieur au moyen d'un petit crochet mousse. L'artère dentaire inférieure est située à une distance suffisante du nerf; elle ne s'accôle à ce dernier qu'à l'entrée même du canal. Le malade opéré par LUECKE n'avait plus de dents, et par conséquent le maxillaire était très étroit, ce qui n'empêcha pas l'opération d'être laborieuse. Elle le serait évidemment bien davantage avec un maxillaire normal, pourvu de ses dents. Dans ces derniers temps, le procédé de LUECKE a été mis en pratique plusieurs fois avec succès.

Si l'on veut se frayer un passage à travers le maxillaire, on divise le masséter et le périoste par une incision en arc de cercle ou angulaire, embrassant l'angle de la mâchoire sur une longueur de 3 à 4 centimètres. A l'aide d'une rugine on détache le périoste de façon à mettre à nu la partie moyenne de la branche montante du maxillaire. On attire fortement en haut les parties molles, sans toutefois blesser le facial ni la parotide avec son conduit excréteur. Si l'on applique alors sur l'os, suivant le conseil de VELPEAU, une couronne de trépan, l'ouverture ainsi pratiquée intéressera à sa partie inférieure une portion du canal dentaire. Or, l'épaisseur de l'os est plus considérable inférieurement qu'au point correspondant à l'orifice du canal. C'est pourquoi, dès que le trépan a perforé l'os par sa demi-circonférence supérieure, on le retire et l'on enlève la rondelle osseuse à l'aide de la gouge et du maillet ou d'un élévatoire. Si le champ opératoire est masqué par des portions d'os restées adhérentes, surtout au niveau du canal dentaire, on les fait disparaître également au moyen de la gouge ou du ciseau. Enfin, on pratique la résection du nerf. Par l'ouverture du trépan on peut également réséquer le lingual, situé à quelques lignes en avant du premier.

LINHART fait observer avec raison que l'ouverture osseuse obtenue par ce