

procédé n'est pas située bien favorablement, puisqu'elle ne permet de dénuder le nerf que dans une petite étendue. D'autre part, il arrive facilement que la couronne du trépan divise le nerf et l'artère au niveau du canal dentaire, et l'écoulement sanguin qui en résulte gêne beaucoup l'opérateur. En effet, comme le fait remarquer LINHART, ce procédé donne lieu quelquefois à des hémorragies très considérables. C'est pourquoi il a cru devoir y apporter quelques modifications. Il divise la peau verticalement, de façon à mettre à nu la parotide et le conduit de Sténon, qu'il fait écarter à l'aide de crochets mousses. Puis il sectionne le masséter dans toute sa longueur jusqu'à l'os, et détache avec la rugine les insertions musculaires et le périoste adhérent à la branche montante du maxillaire inférieur. Il taille ensuite, au moyen d'un ostéotome (scie-ostéotome de HEINE) une portion d'os de forme rhomboïdale, de telle façon que le losange dépasse en bas l'aiguille de Spix et arrive par conséquent jusqu'à l'entrée du canal dentaire. Il va sans dire que l'ostéotome ne fait que circonscrire la substance compacte, que l'on fait ensuite sauter à l'aide d'un ciseau; ce dernier sert également à enlever peu à peu la substance spongieuse, ainsi que la paroi externe du canal dentaire. Dès que l'on aperçoit le nerf, on le suit de bas en haut en se servant toujours du ciseau et du maillet. On l'isole en le chargeant sur un crochet mousse, et à l'aide de fins ciseaux, on en pratique l'excision sur une longueur d'au moins deux centimètres. LINHART admet d'ailleurs que l'on peut faire toute l'opération en se servant seulement du ciseau et du maillet. Pour ma part, je l'ai souvent faite sur le cadavre à l'aide d'un ciseau de sculpteur; mais l'incision des parties molles, au lieu d'être rectiligne, décrivait un arc de cercle correspondant au bord antérieur de la partie inférieure du masséter, que je détachais ensuite de ses insertions sur une étendue suffisante.

Dans le **procédé de Kuehn**, on fait une incision en arc de cercle au niveau du bord postérieur de la mâchoire; on décolle le périoste de la face externe de l'os, puis de la face interne, et l'on détache les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne, jusqu'à ce que l'angle du maxillaire soit complètement à nu. Par la résection d'une position rectangulaire de ce dernier (BRUNS), on facilite alors l'accès à l'orifice du canal dentaire; on peut sentir aisément l'aiguille de Spix, et attirer le nerf au dehors pour en faire la section.

Au point de vue de la facilité d'accès, il faut donner la préférence à la méthode qui consiste à se frayer une voie à travers le maxillaire, sur celle dans laquelle on cherche à atteindre le nerf en pénétrant sous le bord inférieur de l'angle de la mâchoire. Le procédé que nous conseillons est une modification de celui de VELPEAU, en ce sens que l'on substituera au trépan l'emploi de l'ostéotome-scie (LINHART), ou simplement du ciseau ordinaire. L'opération de KUEHN ne permet de disposer que d'un espace très restreint pour aller à la recherche du nerf, et même si l'on résèque de l'angle du maxillaire une portion notable en forme de rectangle (BRUNS), la voie suivie n'est pas aussi directe, et le traumatisme plus considérable que dans le procédé que nous conseillons.

Les tentatives faites dans le but de sectionner le nerf dentaire par la cavité buccale en laissant l'os intact, remontent à une date relativement ancienne (LIZARS, PARAVICINI). Elles ont été reprises dans ces derniers temps (MEUSEL, MENZEL). Voici le procédé qui a été employé à la clinique de BILLROTH :

La commissure des lèvres étant fortement attirée en dehors, on incise la muqueuse immédiatement en dedans du bord antérieur de la branche montante du maxillaire, et l'on pénètre jusqu'à l'os. A l'extrémité inférieure de cette incision passe le nerf lingual, à une distance d'environ 8 millimètres en dedans, vers le bord de la langue. Un peu plus haut, le nerf dentaire inférieur est situé en dehors et le lingual en avant et en dedans. On agrandit, s'il y a lieu, l'incision à l'aide de ciseaux, et l'on introduit une rugine avec laquelle on détache le périoste de la branche montante jusqu'à l'épine de Spix. On pénètre alors avec l'index dans l'espace ainsi créé jusqu'au delà de l'orifice du canal dentaire; directement en avant de la petite saillie osseuse qui limite en arrière l'orifice du canal, on sent le tronc nerveux au moment où il s'engage dans ce dernier. Pour éviter une erreur, on aura présents à l'esprit les rapports du nerf avec le lingual (*voir plus haut*). On le saisit alors et on l'attire au dehors à l'aide d'un crochet fortement recourbé. BILLROTH passe ensuite une anse de fil autour du nerf au moyen d'une aiguille à anévrismes. MENZEL, de son côté, a imaginé un instrument particulier, ressemblant à un lithotriteur, destiné à fixer le tronc nerveux. Il importe, en effet, de le maintenir solidement fixé pendant que l'on pratique les deux sections, car, sans cette précaution, il échappe après avoir été divisé, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que l'on parvient à le retrouver pour le sectionner de nouveau.

La section s'opère de la manière suivante : on saisit le nerf au niveau de l'aiguille de Spix entre les deux branches des ciseaux, et l'on pousse ces derniers dans la direction centrale du nerf, de façon à avoir toujours une branche de l'instrument entre le dentaire et le lingual; ce dernier, par conséquent, ne court pas le risque d'être blessé. L'artère dentaire inférieure est coupée en même temps que le nerf; mais cette complication a été sans importance dans les opérations qui ont été pratiquées jusqu'ici. Par ce procédé, BILLROTH a réussi dans un cas à réséquer le nerf sur une longueur de 2 1/2 centimètres.

Ce qui rend cette opération difficile, c'est l'exiguïté de l'espace dont on dispose dans la cavité buccale; parfois même on est obligé de se laisser guider, non par la vue, mais simplement par le doigt pour aller à la recherche du nerf. A ce point de vue nous ne pouvons guère recommander ce procédé, bien que l'on ait fait valoir en sa faveur le peu de gravité du traumatisme, l'absence d'une lésion osseuse, etc. On a oublié, d'ailleurs, que l'asepsie, impossible ici, peut être parfaitement obtenue avec les autres procédés opératoires. De fait la méthode buccale a déjà à son passif un cas de mort par phlegmon septique de la fosse ptérygo-maxillaire ayant entraîné une méningite par propagation (NICOLADONI). C'est pourquoi nous déconseillons absolument cette opération.

3. Résection du nerf lingual. — En avant du pilier antérieur du

voile du palais, ce nerf longe le côté de la langue et n'est recouvert que par la muqueuse¹. On le découvre aisément en attirant la langue du côté opposé et en haut, et en pratiquant à travers la muqueuse une incision allant de la branche montante du maxillaire vers la partie latérale de la base de la langue. Cette opération a été exécutée pour la première fois par ROSER, lequel pratiquait préalablement une incision de la joue s'étendant de la commissure des lèvres jusqu'à l'apophyse montante du maxillaire.

LUSCHKA a démontré que l'on peut parfaitement bien atteindre le nerf lingual par la région sous-maxillaire, en pénétrant dans le triangle formé en haut par le maxillaire, et en bas par le digastrique et le stylo-hyoïdien. On fait au-dessous du rebord de la mâchoire une incision partant du prolongement du bord antérieur du masséter, et allant jusqu'au menton. On divise la peau et le muscle peaucier en respectant l'artère faciale. On sectionne ensuite l'aponévrose cervicale qui recouvre la glande sous-maxillaire, et l'on refoule celle-ci en avant et en bas. On voit apparaître alors un second feuillet aponévrotique revêtant en avant le muscle mylo-hyoïdien, sur lequel repose le nerf lingual avec l'artère de même nom. Au-dessus de l'os hyoïde s'élève le muscle hyo-glosse, à la face externe duquel on aperçoit le nerf grand hypoglosse, tandis que l'artère linguale passe derrière le muscle. Si, après avoir divisé le feuillet aponévrotique profond, on attire en avant le muscle mylo-hyoïdien, et que l'on refoule l'artère linguale vers l'os hyoïde, on aperçoit tout au fond de la plaie, au niveau de la dernière molaire, le nerf lingual situé directement sous la muqueuse. Si l'on a soin alors de le saisir et de le tendre à l'aide d'un crochet, on peut le suivre jusqu'au muscle ptérygoïdien interne, au niveau duquel on pratique la section centrale du nerf, suivie de son excision à la périphérie.

De ces deux méthodes, celle de ROSER est préférable à cause de la gravité moindre des lésions qu'elle occasionne, pourvu toutefois que l'on puisse atteindre le nerf sur le côté de la langue sans sectionner la joue, et en portant simplement la commissure buccale fortement en dehors. Mais à supposer même que l'on soit obligé de diviser la joue, le traumatisme ainsi produit nous paraît moins sérieux que dans l'opération de LUSCHKA, dans laquelle on ouvre les interstices de tissu conjonctif du cou, ce qui peut entraîner des suppurations diffuses dans une région où elles sont particulièrement redoutables. Il est vrai que ce danger se trouve bien diminué par l'emploi de la méthode antiseptique.

1. D'après TILLAUX, ce nerf est situé à 5 millimètres du point de réflexion de la muqueuse buccale sur le côté de la langue. Une incision pratiquée dans le sillon linguo-gingival, plus rapprochée de la gencive que du bord de la langue, lui sera parallèle. C'est MICHEL de Nancy qui a montré le premier que l'on pouvait atteindre le nerf par la bouche sans inciser la joue comme l'a fait ROSER.

(Note du traducteur).

§ 28. — Dans les derniers temps, BAUM a tenté de guérir par l'élongation du nerf facial les convulsions cloniques des muscles innervés par la septième paire, convulsions connues sous le nom de **tic convulsif** ou convulsion mimique de la face. On sait que cette maladie n'est pas seulement une cause de laideur, mais qu'elle peut troubler le sommeil et gêner les fonctions visuelles au point d'entraver jusqu'à un certain point l'accomplissement de travaux délicats. Assez souvent elle résiste à tous les traitements. Dans un cas semblable, BAUM dénuda le nerf, le saisit avec des pinces et l'aplatit violemment entre les mors de l'instrument, en même temps qu'il le souleva de façon à en produire l'élongation. La paralysie de la face qui fut la conséquence immédiate de l'opération, disparut bientôt, et les convulsions cessèrent pendant assez longtemps pour reparaitre dans la suite, mais sous une forme très légère.

Dans le cours des dernières années cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois; tantôt on a obtenu une guérison persistante, tantôt une amélioration incontestable des symptômes. J'ai remporté moi-même un succès, et je ne puis que conseiller une pareille tentative vu l'insuffisance bien connue des autres moyens de traitement. Qu'on ne se figure pas cependant que ce soit une opération facile. Comme j'ai pu m'en convaincre, il est parfois extrêmement difficile de trouver le tronc et les branches du nerf, car la plus petite hémorragie entrave les recherches au plus haut degré. D'autre part, on devra se garder d'exagérer l'écrasement et l'élongation du nerf qui, lorsqu'on y met trop de force, ont volontiers pour conséquence une paralysie grave dans le domaine d'innervation du facial, paralysie qui, si elle ne persiste pas indéfiniment, peut être en tous cas de très longue durée.

Pour pratiquer cette opération, on fait d'abord une incision semilunaire embrassant le lobule de l'oreille. Du milieu de la convexité de cette première incision, on en fait une seconde longue d'un centimètre, et parallèle au bord postérieur de la branche montante du maxillaire. Après avoir écarté les trois petits lambeaux ainsi formés, on met à nu la parotide, et à l'aide d'un crochet pointu, on l'attire en bas, en avant et en dehors. Le nerf facial, recouvert d'une veine, apparaît alors à l'opérateur qui le presse fortement entre les mors d'une pince, et en fait l'élongation jusqu'à ce qu'il voie survenir une paralysie des muscles correspondants (?).

V. OPÉRATIONS PLASTIQUES SUR LA FACE

§ 29. — En parlant des lésions traumatiques compliquées, des maladies inflammatoires et des néoplasies ulcératives de la face, nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de faire remarquer la fréquence, à la suite de ces processus, de cicatrices difformes, de pertes de substance,