

voile du palais, ce nerf longe le côté de la langue et n'est recouvert que par la muqueuse<sup>1</sup>. 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,

d'adhérences cicatricielles, de déviations et de rétrécissements des orifices. Ces états pathologiques ne constituent pas seulement des difformités plus ou moins choquantes; ils entraînent, en outre, des troubles fonctionnels de l'organe ou de l'appareil directement intéressé par ces déformations.

Nous avons vu que les plaies de la face se trouvent dans des conditions tout à fait favorables à une guérison par première intention. Cependant il peut arriver, dans une plaie récente, que les circonstances ne se prêtent pas à une réunion de ce genre, soit que la contusion des tissus leur ait fait perdre leur vitalité, soit que le médecin appelé trop



Fig. 16. — Perte de substance de la joue; ectropion de la paupière inférieure; perte de substance de l'aile gauche du nez avec déviation cicatricielle du nez du côté gauche; perte de substance et ectropion de la partie gauche de la lèvre supérieure (brûlure de la face dans un accès épileptique).

tard ne puisse obtenir une coaptation exacte des bords de la solution de continuité. La guérison s'accompagne alors de la formation d'une cicatrice irrégulière plus ou moins étendue, et surtout difforme lorsqu'elle adhère à l'os sous-jacent.

De pareilles cicatrices irrégulières, indurées, épaissies, peuvent être également la conséquence de divers processus entraînant des pertes de substance des parties molles de la face, soit qu'il s'agisse d'une mortification étendue des tissus comme dans le noma, soit que l'on ait affaire à une gangrène de la peau à la suite d'une brûlure, ou encore à une destruction ulcéralive, comme dans le lupus et la syphilis.

Il n'est pas rare non plus que la cicatrice soit une cause de troubles fonc-

tionnels pour les parties avec lesquelles elle a contracté des adhérences. Une destruction étendue de la joue intéressant également la muqueuse, peut donner lieu à une cicatrice dont l'adhérence aux gencives et aux maxillaires vient entraver les mouvements des mâchoires. Une cicatrice siégeant dans le voisinage des paupières ou de la cavité buccale, déplace d'une façon anormale les replis cutanés qui limitent ces orifices. Lorsque la perte de substance intéresse la face cutanée, il en résulte un renversement du repli en dehors, un **ectropion**; s'agit-il, au contraire, d'une destruction de la muqueuse, c'est en dedans que se produit le renversement, que l'on désigne alors sous le nom d'**entropion**.

Les bords libres des replis limitant les orifices sont encore sujets à d'autres déformations. Une plaie verticale de la paupière ou de la lèvre qui ne s'est pas réunie exactement par première intention, entraîne une irrégularité du bord libre de ces organes, ou une fente plus ou moins profonde, un **colobome**. Quant aux **rétrécissements** des orifices naturels de la face, ils sont dus bien plus souvent à des processus ulcéralifs qu'à des lésions traumatiques. Ils peuvent se produire par soudure progressive des bords libres ulcérés, ainsi qu'on l'observe, par exemple, à l'angle externe de la fente palpébrale (ankyloblépharon), ou à la commissure des lèvres. De même aussi l'orifice antérieur des fosses nasales se rétrécit parfois à la suite du lupus ou d'affections scrofuleuses de longue durée. C'est ainsi qu'on voit survenir peu à peu un rétrécissement progressif des orifices intéressés, lequel, à la bouche surtout, est une cause de gêne fonctionnelle très pénible. Il est rare toutefois que ces déformations de la bouche, observées principalement à la suite du lupus, soient dues uniquement à une soudure progressive des lèvres partant des commissures pour se diriger vers le centre de l'orifice buccal. Bien plus souvent dans ces cas la lèvre entière est transformée en tissu cicatriciel; la muqueuse est généralement en grande partie détruite, et les parties molles qui limitent l'orifice buccal, ne forment plus qu'une masse cicatricielle fortement adhérente à la surface sous-jacente des maxillaires.

La **rétraction du tissu cicatriciel** et son action sur les parties voisines, jouent donc, comme nous venons de le voir, un rôle prépondérant dans l'étiologie des difformités de la face et des troubles fonctionnels dont elles s'accompagnent. Cependant il existe toute une série de déformations qui ont une origine bien différente. Parmi les vices de conformation acquis nous citerons les **pertes de substance vraie** dues à des traumatismes ou à diverses causes déjà mentionnées, comme le lupus, la syphilis, etc. Ces pertes de substance intéressent principalement les parties proéminentes de la face, c'est-à-dire le nez et les oreilles. Le nez surtout est très exposé aussi bien aux lésions traumatiques qu'aux divers processus néoplasiques et ulcéralifs, et il n'est pas rare d'observer la destruction d'une portion plus ou moins étendue de cet organe. Souvent le chirurgien se trouve lui-même dans la nécessité