

Le *nerf lingual*, d'abord situé entre le pharynx et le ptérygoïdien externe, puis entre le ptérygoïdien externe et l'interne, puis sur la face externe de celui-ci, accolé jusque-là au nerf dentaire inférieur, s'en sépare à angle aigu, pour cheminer au-dessous de la muqueuse du plancher de la bouche. Dans cette nouvelle partie de son trajet, il croise d'abord, à une distance de 7 à 8 millimètres, le bord interne de l'alvéole de la dernière molaire, puis se place en dehors de l'hypoglosse, et passe au-dessus de la glande sous-maxillaire et du muscle mylo-hyoïdien. Au niveau du bord inférieur du muscle ptérygoïdien externe, il reçoit la corde du tympan. D'autre part, deux ganglions lui sont annexés, le ganglion sous-maxillaire et le ganglion sublingual. Enfin, ses filets terminaux se rendent à la muqueuse des gencives et du plancher de la bouche, du voile du palais et des amygdales, surtout des deux tiers antérieurs de la langue.

Le *nerf dentaire inférieur*, après avoir présenté un trajet parallèle et postérieur à celui du lingual, s'en écarte peu à peu, pour pénétrer, à la face interne de la branche montante, dans ce canal dentaire, d'où il sort par le trou mentonnier, à la face externe et antérieure du maxillaire. Avant d'entrer dans ce canal, le nerf dentaire inférieur fournit le rameau mylo-hyoïdien, qui longe la face interne de l'os pour se rendre au muscle du même nom; à son intérieur, il fournit des rameaux dentaires; en en sortant, il s'épanouit, sous le nom de nerf mentonnier, en filets pour la peau du menton et de la lèvre, et pour la muqueuse correspondante.

A la face interne du tronc de la III<sup>e</sup> branche, immédiatement au-dessous du trou ovale, est annexé un ganglion, le ganglion otique, qui n'offre pas d'intérêt chirurgical.

Nous étudierons successivement, au point de vue opératoire, l'auriculo-temporal, le buccal, le lingual, le dentaire inférieur, enfin le tronc lui-même de la III<sup>e</sup> branche au trou ovale.

I. NERF AURICULO-TEMPORAL. — Michel, Wagner, Le Dentu, ont cherché le nerf auriculo-temporal au-devant du

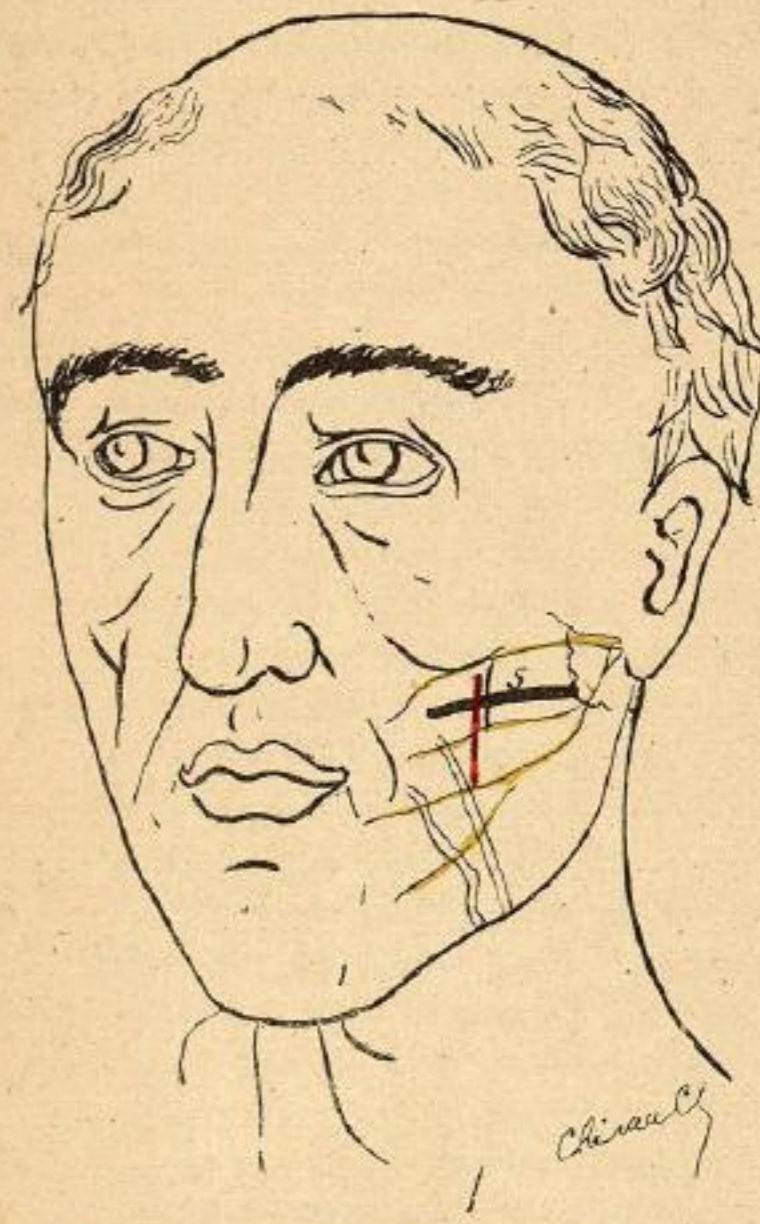


Fig. 295. — Découverte du nerf buccal par la voie cutanée. Incision de Michel : 3 centimètres sur le bord antérieur du masséter. Le canal de Sténon, quelques branches du facial et l'artère faciale, notées sur le dessin, montrent les écueils de la voie cutanée.

pavillon de l'oreille, seul niveau où il soit en rapport avec l'artère temporale superficielle, point de repère. Ils ont fait, suivant le trajet de l'artère, une incision longitudinale de



3 centimètres, intéressant la peau, le tissu cellulaire et mettant à nu l'artère, à côté de laquelle on trouve le nerf.

II. NERF BUCCAL. — La découverte du nerf buccal peut être faite soit par la voie buccale, soit par la voie cutanée, et pour ce nerf par exception il semble que la voie buccale, malgré les inconvénients qui lui sont inhérents, soit préférable.

Quelques mots d'anatomie vont nous en montrer les raisons.

Le nerf buccal, placé d'abord sur la face externe du ptérygoïdien externe, passe ensuite entre les deux ventres de ce muscle, ou bien entre le ventre externe et le ptérygoïdien interne, en se dirigeant en avant. Par un chemin ou par l'autre, il gagne la face interne du tendon du muscle temporal, au moment où ce tendon s'attache au bord antérieur et à la face interne de l'apophyse coronoïde. Du bord antérieur du ptérygoïdien interne au bord antérieur de l'apophyse, le nerf n'est séparé de la muqueuse buccale que par une mince couche de tissu graisseux et par la lame tendino-musculaire formée par le ligament ptérygo-maxillaire et par le muscle buccinateur, réduit en ce point à quelques fibres. Ajoutons que parfois quelques fibres musculaires ou tendineuses accolent le nerf à la face interne du tendon temporal. Quoi qu'il en soit, le tronc du nerf buccal cesse au niveau du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, après avoir fourni seulement quelques filets moteurs, les uns pour le ptérygoïdien externe, les autres pour la partie antérieure du muscle temporal (filets temporaux profonds antérieurs). Sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, il se divise en : 1° un ou deux rameaux descendants, plongés dans le tissu graisseux qui recouvre la face interne du muscle temporal, et traversant la partie postéro-inférieure du muscle buccinateur pour se rendre à la muqueuse correspondante; 2° un rameau transverse, qui

plonge dans le tissu graisseux recouvrant la face interne du masséter, et suit celle-ci à une très petite distance, en donnant des filets ascendants ou descendants qui traversent le buccinateur pour se rendre à la muqueuse buccale; ce rameau transverse, lorsqu'il arrive sur le bord antérieur du masséter, est donc considérablement réduit; il s'est, en outre, écarté du masséter et rapproché de la face externe du muscle buccinateur, sur l'aponévrose duquel il est couché et même, exceptionnellement, fixé par quelques fibres de tissu conjonctif; 1 centimètre ou 1 centimètre  $\frac{1}{2}$  en avant du bord antérieur du masséter, il s'épanouit en un bouquet de fibres terminaux.

Telle est la disposition habituelle du nerf buccal et de ses branches (1), telle qu'elle résulte de nos dissections. Cette disposition, très différente de la disposition classiquement admise, se rapproche beaucoup plus, malgré quelques divergences, de celle décrite par Henle et par Holl; en tout cas, il en résulte que le nerf buccal, jusqu'au niveau du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, contient encore la totalité de ses filets sensitifs, et que le nerf qui croise, 1 centimètre plus avant, le bord antérieur du muscle masséter n'est que l'un des rameaux terminaux du buccal, le rameau transverse et non plus le tronc lui-même.

Nous allons voir que, parmi les procédés cutanés de découverte du nerf buccal, ceux de Michel et de Letiévant atteignent seulement ce rameau transverse, et que celui de Zuckerkandl, remontant plus haut, est difficile et entraîne une cicatrice très visible. Au contraire, les procédés buccaux du professeur Panas et de Holl permettent d'arriver sur le tronc même du nerf tout à fait directement, sans confusion possible avec les

(1) Ajoutons que le nerf buccal peut être suppléé par le dentaire supéro-postérieur, ou venir du dentaire inférieur, à travers un orifice spécial du canal dentaire. Ce sont, du reste, des dispositions très exceptionnelles, notées par Turner et Henle, et que nous n'avons jamais rencontrées.



branches du facial, sans lésion du canal de Sténon et sans difficulté lorsqu'on sait faire l'exploration des points de

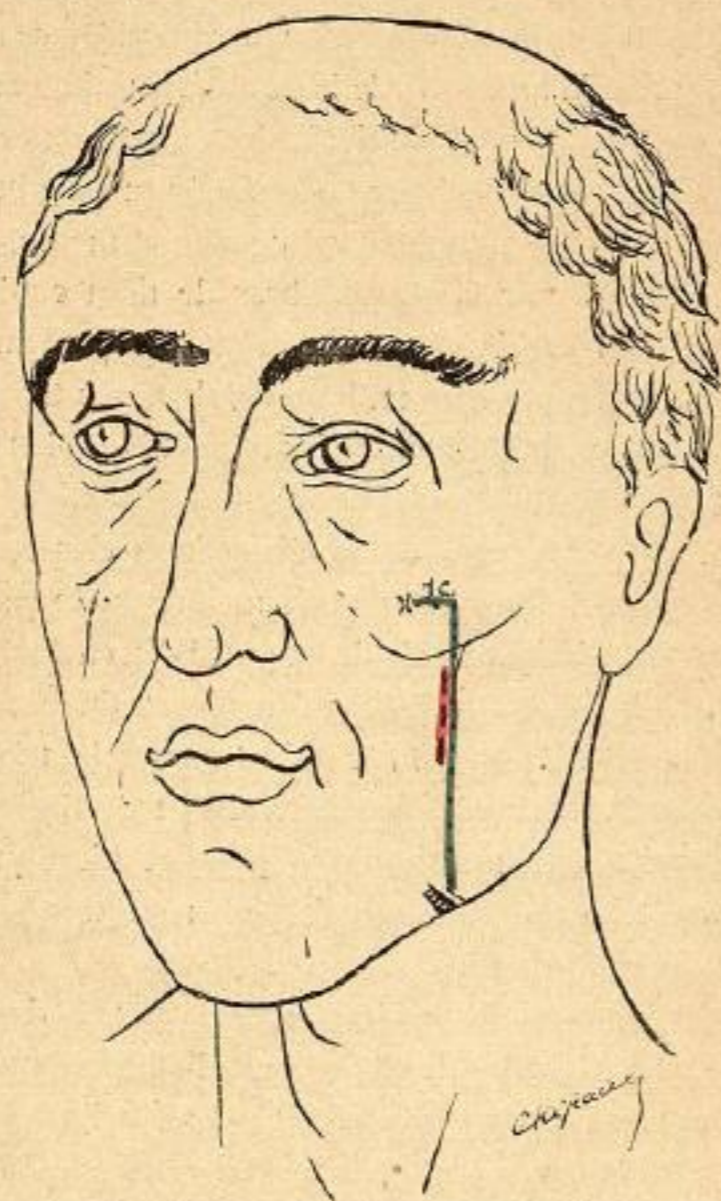


Fig. 296. — Découverte du nerf buccal par la voie cutanée. Incision de Letiévant : longue de 3 centimètres, sur le bord antérieur du masséter précisé en menant une ligne droite du point où l'artère faciale croise le bord inférieur du maxillaire à 1 centimètre en arrière du sommet X de la pommette.

repère intra-buccaux que nous étudierons à leur propos.

Voici ces divers procédés :

1° PROCÉDÉS CUTANÉS. — a) Procédé de Michel (1866).

« On fait une incision de 3 centimètres, parallèle et voisine du bord antérieur du masséter, puis on coupe progressivement tout le tissu cellulo-graisseux en ménageant les filets transversaux du facial et respectant en avant l'artère faciale. On arrive ainsi, en longeant le bord du masséter, sur le buccinateur, où on voit la terminaison du buccal, qui est réséqué sous le bord antérieur du masséter. Pour aider la manœuvre, nous recommandons de soulever la joue à l'aide du doigt ou d'un corps étranger introduit entre la joue et les dents. »

b) Procédé de Letiévant (1873). « On doit reconnaître exactement à son relief le bord antérieur du muscle masséter. On pourrait se servir, dans ce but, de l'artère faciale qui bat à son extrémité inférieure et de la saillie de la pommette qui est à 1 centimètre en dedans de ce bord, en haut : une ligne étendue entre ces deux points indique son trajet. Ce bord ainsi déterminé, pratiquer en le suivant une incision de 3 centimètres de longueur, intéressant la peau seulement. Audessous de la peau se trouve le lobule graisseux de la joue, qu'il faut tirer en dehors et enlever à l'aide de pinces à mors plats, et plusieurs filets du facial, qui doivent être rejetés les uns en haut, d'autres en bas. Dans le fond de la plaie, on voit alors le buccinateur recouvert d'une mince lamelle aponévrotique. On doit diviser en un point cette lamelle et mettre à nu avec précaution les fibres du buccinateur. Il ne faut point oublier, en effet, que le canal ptérygoïdien contourne le bord antérieur du masséter, à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, que l'artère faciale suit ce bord dans son tiers inférieur. C'est au niveau du tiers moyen du bord du masséter que doivent donc se faire les fouilles. A ce niveau, on trouvera, appliquée sur les fibres du buccinateur, une branche nerveuse se dégageant de dessous le bord du masséter et se portant à peu près transversalement en dedans, en se divisant en plusieurs rameaux divergents.



Quelquefois, on arrive sur une de ces branches de division, qu'il ne faut point prendre pour le nerf buccal, mais qu'il

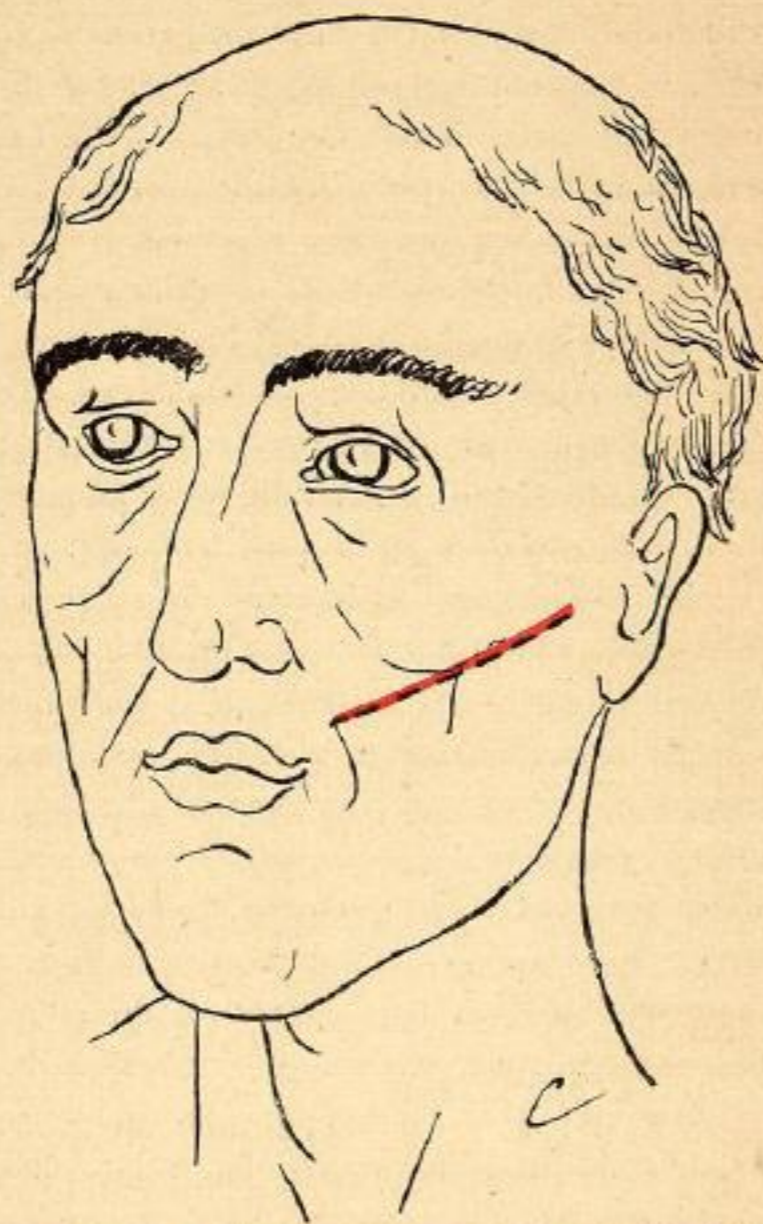


Fig. 7. — Découverte du nerf buccal par la voie cutanée. Incision de Zuckerhandl : allant du tragus au milieu du sillon labial.

faut suivre du côté du bord du masséter, pour arriver au tronc nerveux lui-même. »

c) *Procédé de Zuckerhandl* (1888). « On fait une incision transversale, allant du tragus au milieu du sillon labial et pas-

sant au-dessous du bord inférieur de l'os malaire. Un tiers de l'incision se trouve sur le masséter, les deux autres tiers sur la joue même. La peau coupée, on abaisse le canal de Sténon et les branches nerveuses qui l'accompagnent. On arrête l'hémorragie peu considérable qui se produit et, après incision du fascia massétéрин, on extirpe avec des ciseaux et des pinces le tissu graisseux de la joue. On a ainsi devant soi une loge limitée du côté de la bouche par le buccinateur, en arrière par le ptérygoidien interne, en dehors par le masséter, l'apophyse coronoïde et le tendon double du temporal. On tamponne cette loge jusqu'à ce que l'hémorragie s'arrête, puis on aperçoit sans peine, accolé à la face interne du tendon temporal par du tissu celluleux dense, le tronc du nerf buccinateur. On fait saillir le tendon temporal et l'apophyse coronoïde en faisant ouvrir la bouche du malade; il est, du reste, facile d'arriver jusqu'au tronc en se guidant sur la grosse branche du nerf qui est couchée sur la face externe du buccinateur et que l'on suivra d'avant en arrière jusqu'au tronc. On peut réséquer celui-ci sur une longueur de 2 centimètres à 2 centimètres 1/2. »

2° *PROCÉDÉS BUCCAUX.* — a) *Nélaton* paraît avoir le premier (1857) fait la découverte du nerf buccal par la voie buccale; mais son opération est seulement notée, non décrite, dans le *Bulletin thérapeutique* de 1864.

b) Il faut donc arriver à la communication du professeur *Panas* à la Société de chirurgie en 1873, pour trouver une description précise d'un procédé utilisant cette voie. « Le malade, y est-il dit, non chloroformé, est placé sur une chaise contre le jour, ayant la tête solidement fixée par un aide. Celui-ci se tient par derrière pour lui offrir un point d'appui, qui peut au besoin varier d'après la nécessité de l'éclairage, durant les divers temps de l'observation. La commissure du côté de l'opération se trouve portée en dehors à l'aide de l'écarteur



Luer, ce qui permet de tendre et d'éclairer parfaitement la face buccale de la joue. Du côté opposé, l'aide chargé de fixer la tête insinue son doigt indicateur, armé d'un doigtier en métal, entre les arcades dentaires, de façon à maintenir les mâchoires suffisamment écartées l'une de l'autre. Le chirurgien, assis au-devant du malade et de façon à ne pas cacher le jour, porte alors le doigt indicateur gauche sur le milieu à peu près du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur et explore soigneusement ce bord formé, comme chacun le sait, de deux lèvres, l'une externe et l'autre interne, de façon à appliquer l'extrémité de l'ongle tourné en dedans juste sur la lèvre externe de ce bord. A l'aide d'un bistouri semi-convexe, tenu de la main droite comme une plume à écrire, le chirurgien pratique le long et tout à côté de son ongle une incision exactement parallèle au bord du maxillaire et qui, partant d'un point correspondant au milieu de la hauteur de la dernière molaire supérieure, doit aboutir à la couronne de la dernière molaire inférieure. Cette incision, qui ne devra intéresser tout d'abord que la muqueuse seule, mesure 2 centimètres à 2 centimètres 1/2 au plus. Une fois la muqueuse coupée, ce qui se fait sans perte de sang, on aperçoit les fibres profondes du buccinateur dirigées horizontalement; on les incise à petits coups, à l'aide du bistouri, ou mieux en se servant de ciseaux courbes sur le plat et à pointes mousses, comme ceux dont on fait usage pour l'énucléation du globe de l'œil. Les seuls vaisseaux qui puissent donner du sang se trouvent accolés au nerf: ce sont l'artère et la veine buccales, branches de l'artère maxillaire interne et de la veine du même nom. Il s'agit là de vaisseaux de petit calibre, et, s'il arrive de les toucher, il suffira de tordre la petite artériole en question pour faire cesser toute hémorragie. Après la division du buccinateur, on met de côté l'instrument tranchant et l'on

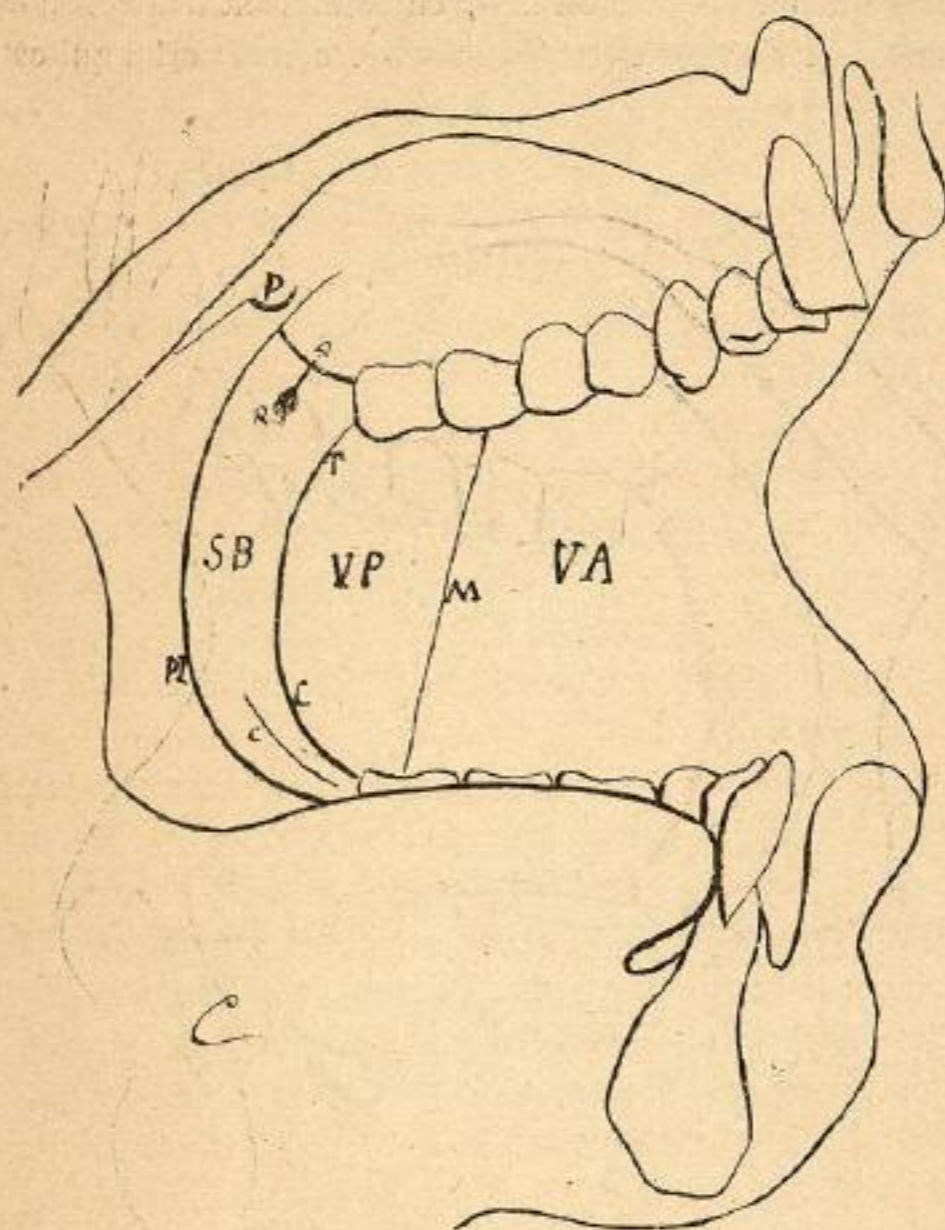


Fig. 298. — Les points de repère utiles à reconnaître dans la bouche pour la recherche buccale du nerf buccal. — VA. Vestibule antérieur ou buccinateur. — VP. Vestibule postérieur ou masséterin ayant pour limite antérieure le bord antérieur M du masséter. — SB. Sillon du nerf buccal, se terminant en haut par le recessus rétro-tubérositaire, non visible sur la figure, mais où conduirait la flèche RT et qui constitue la partie postéro-supérieure du vestibule. En bas, le sillon du nerf buccal se termine un peu en arrière et un peu en dedans de la dernière molaire. En dehors, il est borné par le bord antérieur, dédoublé inférieurement de l'apophyse coronoïde CC', et tout à fait en haut par le bord antérieur du tendon temporal T qui lui fait suite; en dedans, il a pour limite le bord antérieur du ptérygoïdien interne PI, au haut duquel on ent parfaitement le crochet P' de l'apophyse ptérygoïde.



procède à la recherche du nerf, en se servant d'une sonde cannelée et d'un petit crochet mousse, comme celui qui est

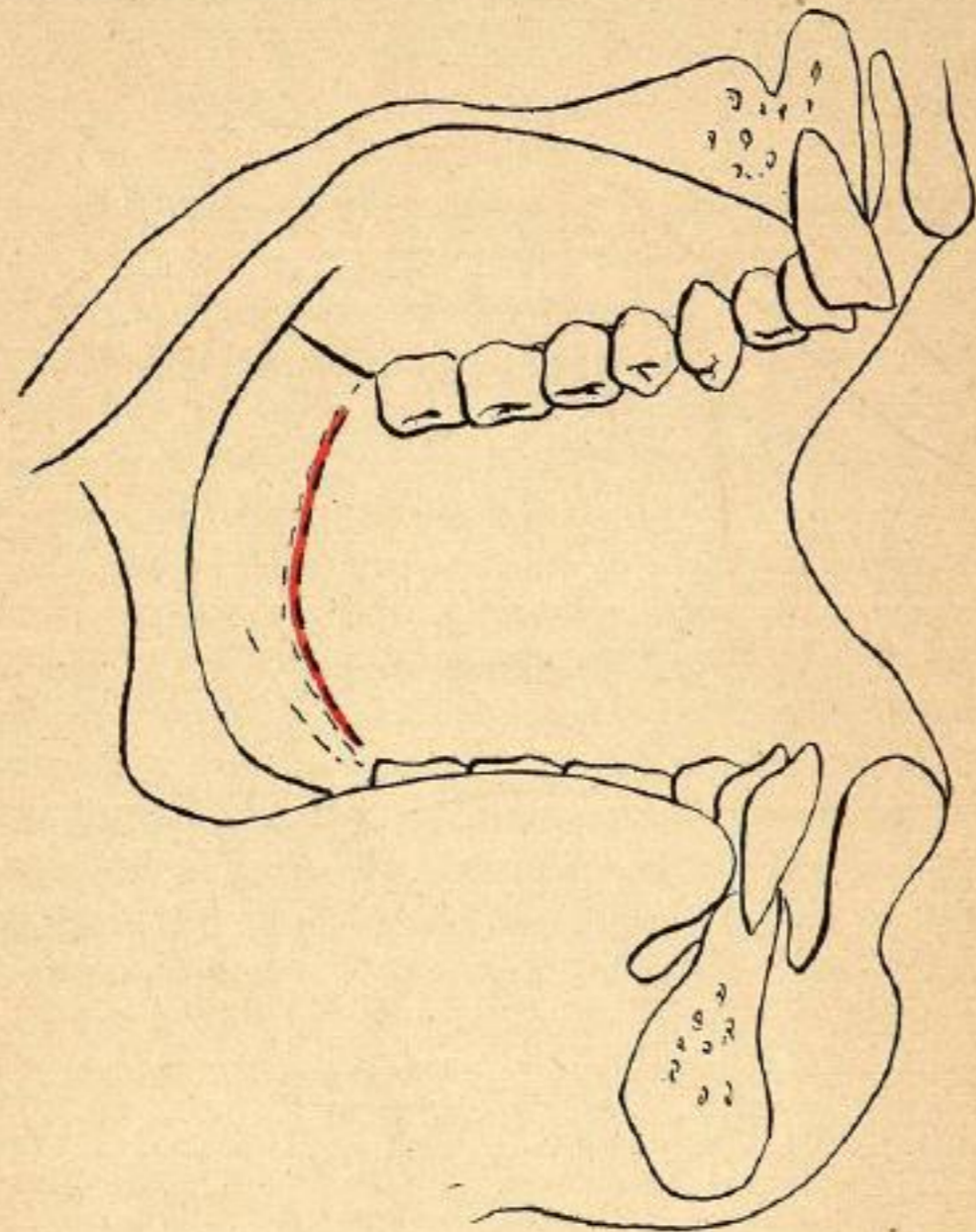


Fig. 299. — Découverte du nerf buccal par la voie buccale. Incision du professeur Panas : parallèle au bord antérieur de l'apophyse coronoïde et partant d'un point correspondant au milieu de la hauteur de la dernière molaire supérieure pour la couronne de la dernière molaire inférieure.

en usage dans l'opération du strabisme. Outre qu'on peut alors apercevoir le nerf cherché au fond de la plaie, on est

sûr de ne pas le manquer en explorant vers le milieu de l'incision et tout à côté de la petite artère buccale. D'ailleurs, sitôt que le nerf est chargé sur le crochet, il provoque une

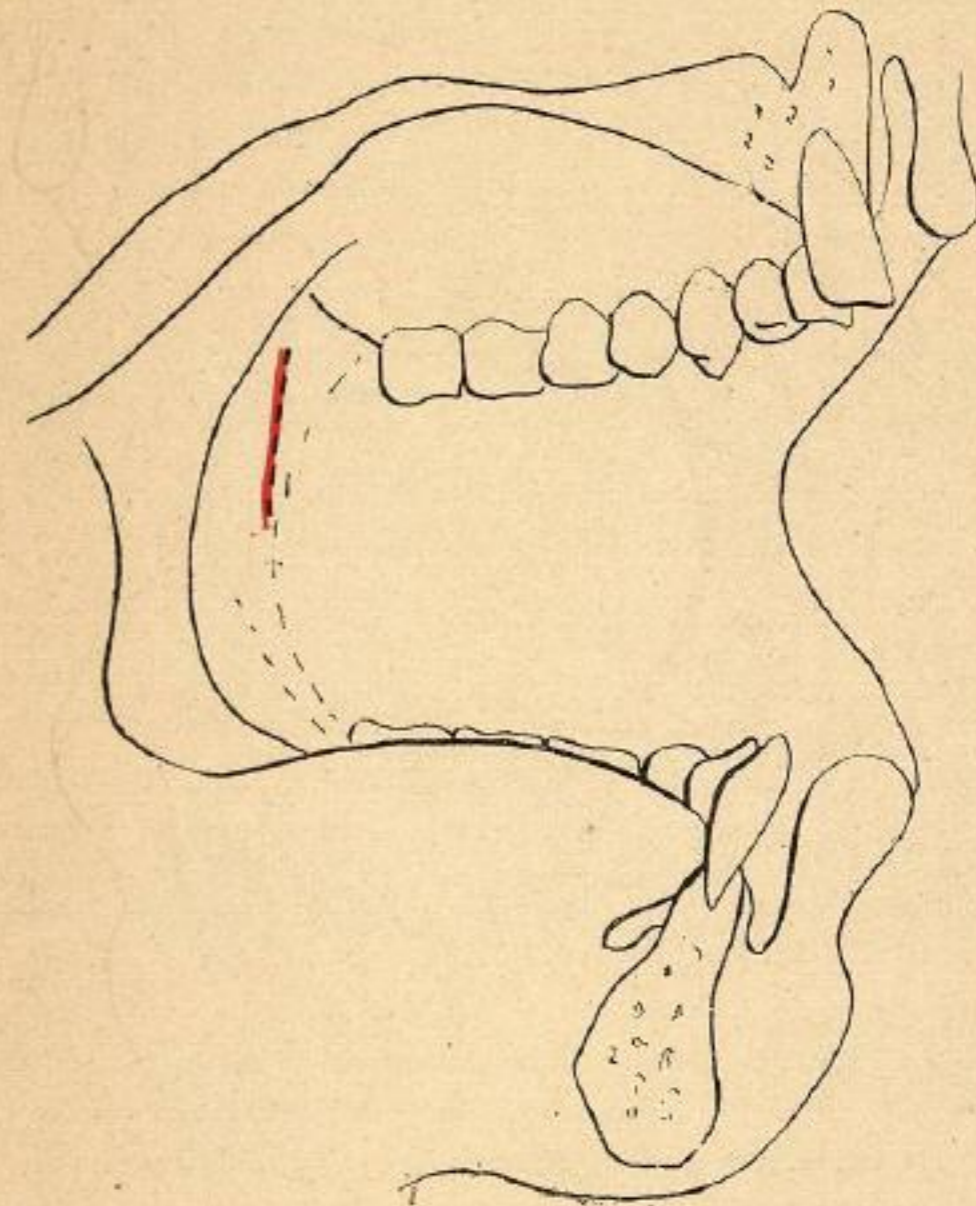


Fig. 300. — Découverte du nerf buccal par la voie buccale. Incision de Holl : sur le bord externe du sillon du nerf buccal.

douleur vive, caractéristique et qui témoigne de sa présence. Le nerf ainsi isolé est soulevé, on le coupe derrière le crochet, après quoi on peut faire, si la chose est jugée nécessaire,



l'excision de son bout périphérique. Pour être sûr de n'avoir rien laissé du nerf, nous pensons que le mieux est d'inciser, en terminant, la couche musculaire buccinatrice dans toute l'étendue de la plaie faite à la muqueuse, de façon à mettre à nu la face interne de la boule graisseuse de la joue. »

c) *Holl* en 1881 décrit un procédé très analogue à celui du professeur *Panas*, mais qui nous semble permettre d'atteindre avec plus de certitude encore le tronc même du nerf ; c'est donc, à notre avis, le procédé anatomiquement définitif, et l'on ne peut faire à *Holl* qu'un reproche : c'est d'avoir complètement passé sous silence les procédés buccaux antérieurs au sien, procédés qui avaient fait faire à la question un pas considérable.

« Le point chirurgical du nerf buccal, dit *Holl*, est celui où, situé à la face interne du tendon temporal, il est seulement séparé de la muqueuse buccale par un peu de tissu fibreux. Ce point est accessible non seulement au toucher, mais à la vue. Lorsque, la bouche étant ouverte, on introduit le doigt derrière la dernière molaire, on sent parfaitement sous la muqueuse qui s'étend du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur en formant une crête qui est la limite postéro-interne du vestibule buccal, l'apophyse coronoïde, bord antérieur et face externe. Si l'on enlève la muqueuse, on découvre, sur le tendon brillant du temporal, le nerf entouré d'une minime quantité de tissu adipeux ; on peut du reste, en enlevant davantage de muqueuse, le suivre soit vers son extrémité centrale, soit vers son extrémité périphérique. Le nerf, en somme, siège sur le flanc externe du sillon qui se trouve à la partie la plus profonde du vestibule buccal, sillon bordé en dedans par le bord antérieur du muscle ptérygoidien interne et que l'on pourrait appeler sillon du nerf buccal. Ce sillon commence en haut dans la dépression qui se trouve derrière la tubérosité maxillaire et descend en

ligne droite jusqu'au niveau de la dernière molaire inférieure. En faisant une incision sur son bord externe, le tranchant du bistouri dirigé vers l'apophyse coronoïde, on arrive de suite sur le tronc du nerf buccal, qu'on n'a qu'à séparer du tissu conjonctif environnant ; rien n'est alors plus facile que de le saisir avec une pince ou un crochet et d'en exciser 1 ou 2 centimètres. On ne rencontre pendant l'opération ni nerfs

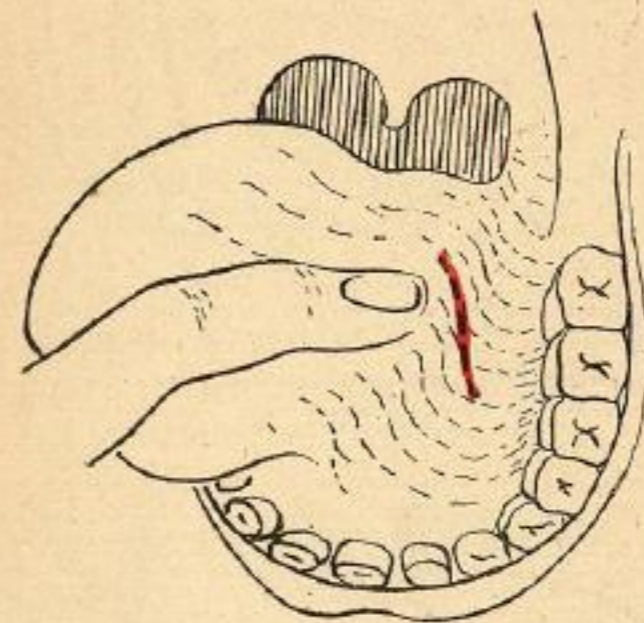


Fig. 301. — Incision de *Hilton* pour la section du nerf lingual par la voie buccale : verticale de 2 à 3 centimètres, sur le bord de la langue, vis-à-vis des dernières molaires.

dont la présence puisse tromper, ni vaisseaux pouvant provoquer une hémorragie gênante. »

III. NERF LINGUAL. — Le nerf lingual, comme le nerf buccal, peut être attaqué par la voie buccale ou par la voie cutanée ; mais avec lui, nous rentrons dans la règle qui fait de cette dernière la voie préférable.

A. VOIE BUCCALE. — La voie buccale fut d'abord utilisée pour sectionner ce nerf DANS LES CANCERS DOULOUREUX INOPÉRABLES DE LA LANGUE.