

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

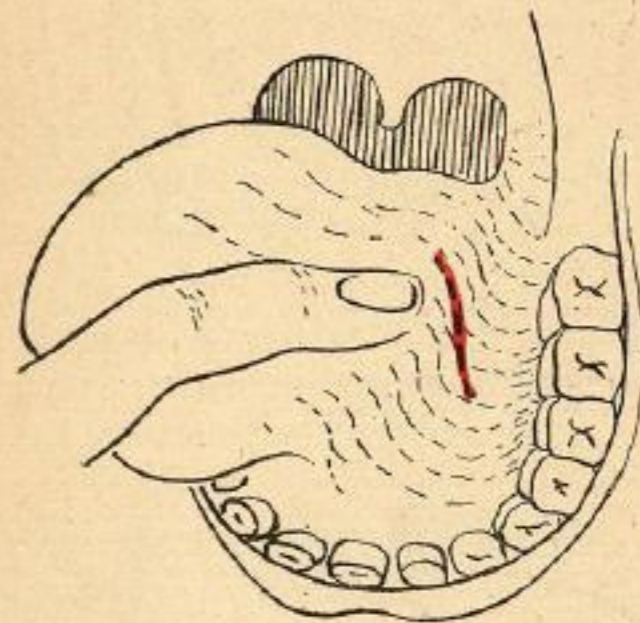


Fig. 301. — Incision de *Hilton* pour la section du nerf lingual par la voie buccale: verticale de 2 à 3 centimètres, sur le bord de la langue, vis-à-vis des dernières molaires.

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.



*Hinton* (1850) y réussissait en faisant une incision

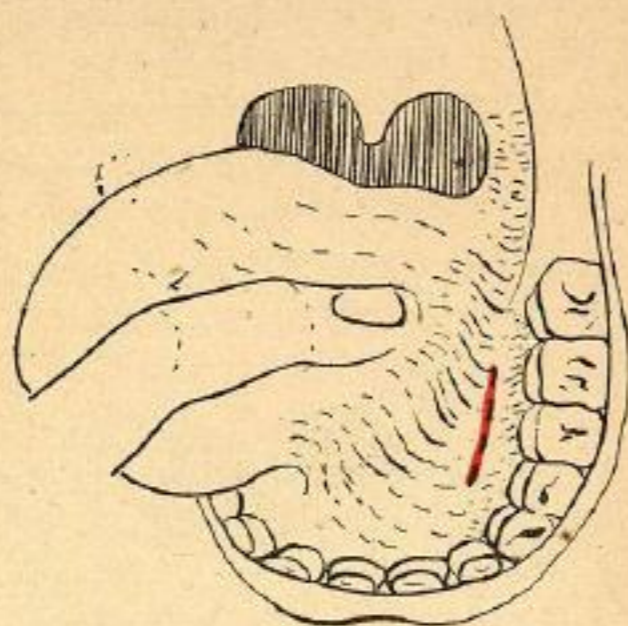


Fig. 302. — Incision de *Collin*, pour la section du nerf lingual par la voie buccale : de 3 centimètres de long, commençant en arrière à 1 centimètre en avant de la dernière grosse molaire, à 2 centimètres au-dessous de son collet et postéro-antérieure.

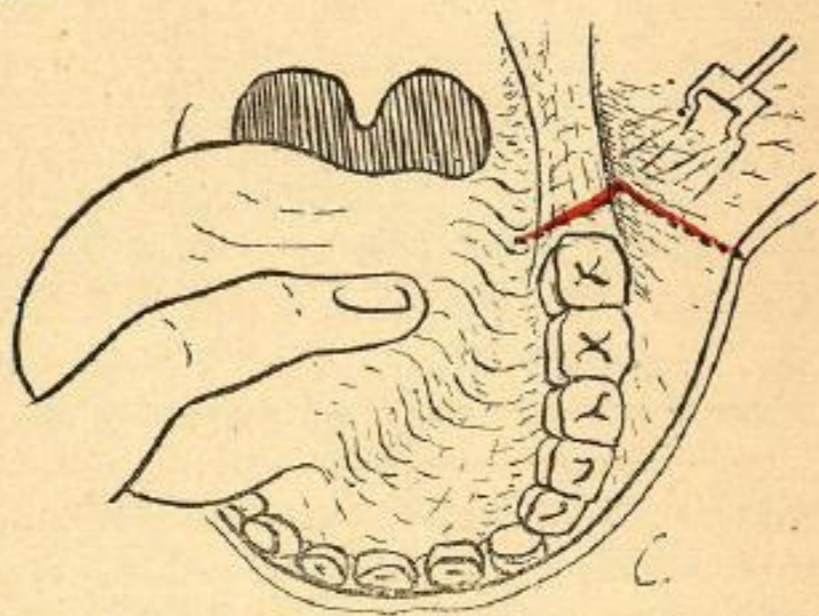


Fig. 303. — Incision de *Roser*, pour la section du nerf lingual par la voie buccale : prolongeant la bouche jusqu'à la branche montante du maxillaire, puis de là s'étendant en arrière des dernières molaires jusqu'à la base de la langue.

verticale de 2 à 3 centimètres sur le bord de la langue,

vis-à-vis des dernières molaires, et *Collin* (1851) en pratiquant une incision postéro-antérieure, de 3 centimètres de long, commençant en arrière, à 1 centimètre en avant de la dernière grosse molaire, à 2 centimètres au-dessous de son collet et suivant la direction du bord inférieur du maxillaire.

Le premier qui ait suivi la voie buccale pour découvrir le nerf lingual atteint de NÉVRALGIE PROPREMENT DITE est *Roser*,

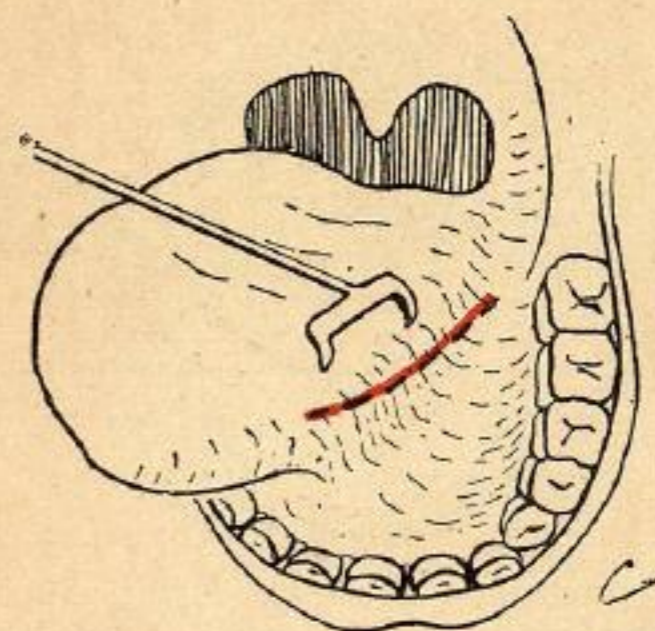


Fig. 304. — Incision de *Michel*, pour la découverte du nerf lingual par la voie buccale : sur le trajet connu du nerf, à partir de la dernière molaire.

de *Marburg*, en 1855 ; voici ce qu'il dit de ses recherches à ce propos : « Il me vint à l'idée que la destruction du nerf lingual, avant ou au moment de son entrée dans la langue, devait être possible par une incision prolongeant la bouche jusqu'à la branche montante du maxillaire et complétée par une seconde allant de là, en arrière des dernières molaires, jusqu'à la base de la langue. Sur un malade chez qui je tentai cette opération, cela ne fut point si simple que je l'avais pensé d'après mes études sur le cadavre, et en particulier



les artérioles de la face saignèrent avec une grande abondance. Je pus cependant réséquer 2 pouces de nerf. On conçoit, du reste, que l'opération soit d'une difficulté très différente chez un individu à joue épaisse, à maxillaire très élevé, ou chez un autre à maxillaire et à langue très mobiles, et chez qui manquent les molaires inférieures. Quelquefois, l'arrachement de la dernière molaire facilite l'opération. »

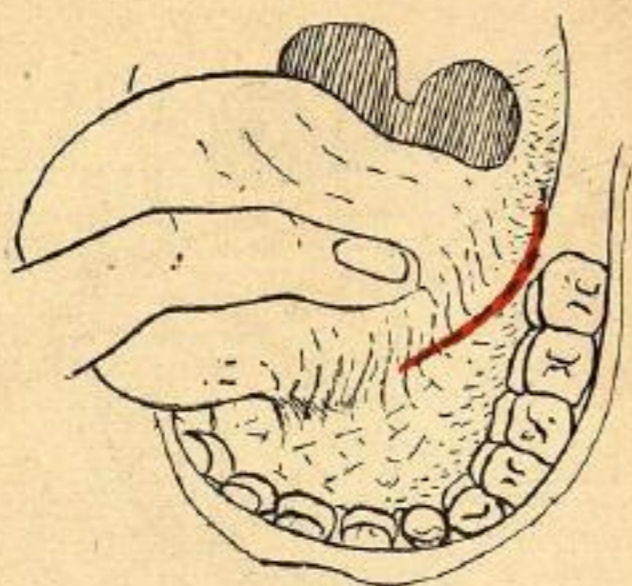


Fig. 305. — Incision de Vanzetti, pour la découverte du nerf lingual par la voie buccale : commençant en arrière du pilier antérieur du voile du palais et s'étendant d'arrière en avant, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, dans la gouttière glosso-gingivale, en gagnant le côté de la langue.

*Michel* décrit en 1857 un procédé bien préférable et que les chirurgiens plus récents n'ont, nous le verrons, modifié que fort peu. « Le malade étant assis en face d'une lumière convenable, sa bouche ouverte, on saisit avec une érigne double le bord de la langue, que l'on renverse du côté opposé, en le tirant légèrement au dehors de la bouche ; l'érigne est confiée à un aide chargé de soutenir cette manœuvre, qui a pour but de découvrir dans toute son étendue

la rigole du plancher buccal. Puis, avec une pince à dents de souris, on saisit la muqueuse buccale, qui est coupée à l'aide d'un bistouri sur toute la longueur du nerf à partir de la dernière molaire. Une petite quantité de sang s'écoule. On attend que cet écoulement soit modéré par des lotions froides, et l'on dissèque prudemment les quelques brides de tissu cellulo-graisseux qui séparent encore du lingual. Celui-ci est mis à nu, chargé sur un crochet mousse et réséqué dans une étendue de 2 centimètres environ. »

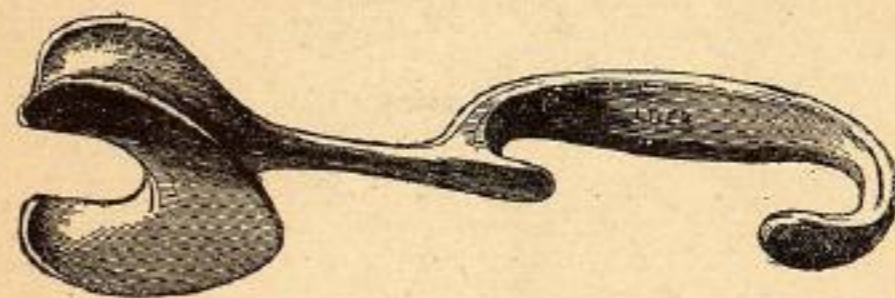


Fig. 306. — Écarteur des joues, de Luer.

*Vanzetti* en 1866 changea quelques détails du procédé de *Michel* : « Le malade, dit-il, est assis sur une chaise, la bouche est ouverte autant que possible, l'angle des lèvres du côté opposé au côté malade tiré en arrière par le rétracteur de Luer. La langue, saisie par la pointe, est tirée et maintenue par un aide en dehors, à droite et en haut. Je fais alors, avec un petit couteau légèrement convexe, une incision longue de 3 à 4 centimètres, partant au delà de la dernière molaire et s'étendant d'arrière en avant, vers le côté de la langue, dans la gouttière glosso-gingivale. Cette incision commence en arrière du pilier antérieur du voile du palais, qui, lorsqu'il est très saillant, est sectionné afin d'arriver le plus près possible du point où le nerf lingual, contournant le bord antérieur du ptérygoïdien interne, se dirige en avant et horizontalement. On étanche, à



chaque coup de couteau, le sang avec de petites éponges fixées sur des tiges. La plaie est approfondie par des incisions successives, un des bords tenu écarté par des pinces déliées jusqu'à ce que l'on arrive sur un cordon blanchâtre, qui est le nerf lingual. On le dissèque soigneusement dans une étendue de 2 centimètres, on le soulève un peu avec un crochet mousse, on le

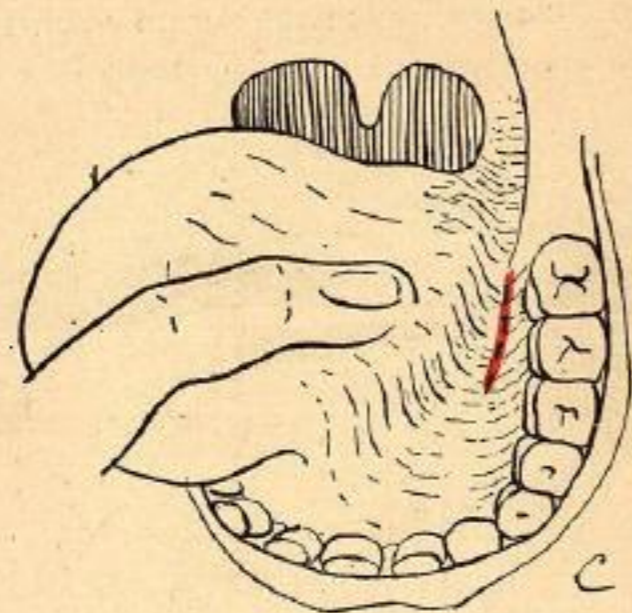


Fig. 307. — Incision de Letiévant, pour la découverte du nerf lingual par la voie buccale : longue de 3 centimètres, commençant au côté interne de la dernière grosse molaire inférieure et suivant le sillon linguo-gingival, plus près de la gencive que du bord de la langue.

coupe d'abord vers sa racine, puis vers son extrémité périphérique. »

Enfin, *Letiévant*, en 1873, donne du même procédé une nouvelle et peu différente description. «Le malade étant assis et anesthésié, dit-il, ouvrez la bouche et maintenez les mâchoires écartées au moyen d'un écarteur. Un aide saisit la pointe de la langue entre le pouce et l'index, revêtus d'une compresse, et attire cet organe du côté opposé au lieu de l'opération. Le chirurgien, tenant de la main droite

son bistouri en première position, porte la pointe de cet instrument au côté interne de la dernière grosse molaire inférieure et pratique sur la muqueuse, dans le sillon linguo-gingival, à 5 millimètres de la réflexion de la muqueuse buccale sur le côté de la langue, une incision de 3 centimètres de

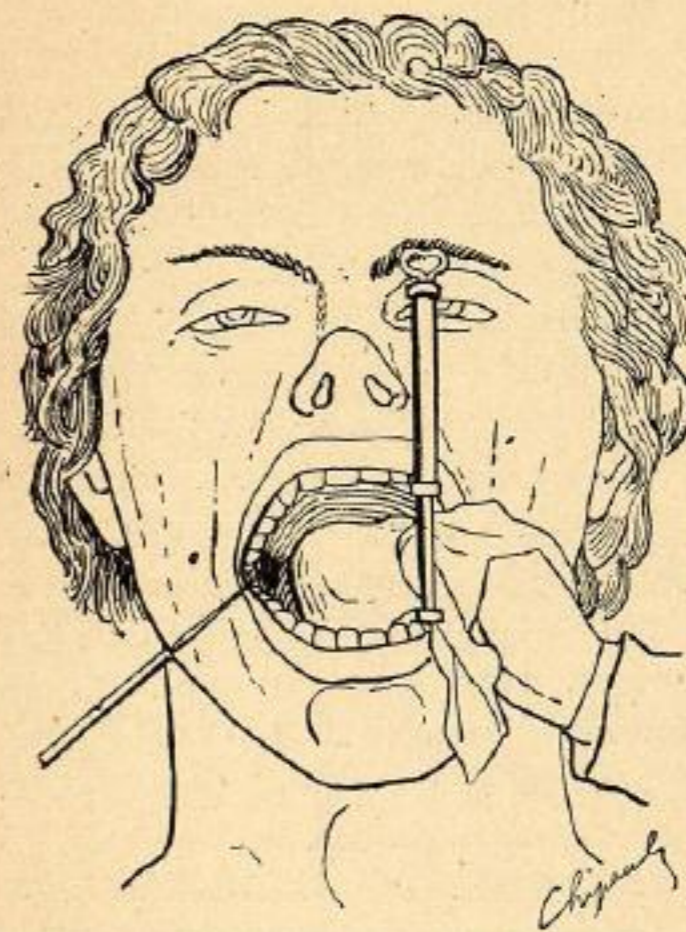


Fig. 308. — Découverte du nerf lingual par le procédé de Letiévant : position du dilatateur buccal et écartement de la langue (d'après Letiévant).

longueur. L'incision doit être plus rapprochée de la gencive que du bord de la langue. Elle ne doit intéresser que la muqueuse et une faible couche de tissu cellulaire ; car le nerf, très superficiel, est compris dans cette dernière. En fouillant avec le bec de la sonde cannelée ou mieux en disséquant le tissu cellulaire, on arrive facilement à mettre le nerf à décou-



vert. On doit alors le charger sur un crochet, le tendre et, le prenant pour guide lui-même, le poursuivre vers son origine jusque sur la face interne du ptérygoïdien interne, où on le coupe d'un coup de ciseaux. »

Ajoutons qu'il est enfin, à notre avis, une incision permettant d'atteindre par la voie buccale le lingual beaucoup plus haut et aussi directement que l'incision de Michel et de ses imitateurs : c'est une incision placée sur le côté externe de la saillie ptérygoïdienne dans sa moitié inférieure et qui découvre le nerf dès après section de la muqueuse et séparation très minime du muscle et de la branche montante du maxillaire.

B. La VOIE CUTANÉE de découverte du lingual a suscité un procédé transmaxillaire et un procédé sous-maxillaire.

Le procédé TRANSMAXILLAIRE, employé d'abord par *Linhart* en 1860, a été décrit par *Dubreuil* en 1891, dans les termes suivants : « La région opératoire ayant été convenablement aseptisée, le patient est couché sur le côté gauche, la tête soutenue par un plan résistant, et on l'étherise. On circonscrit l'insertion inférieure du masséter par une incision curviligne convexe en bas, à branches très courtes, de façon à léser le moins possible de filets du facial. On a eu soin préalablement de déterminer la position de l'artère faciale, et l'incision est tracée de façon à laisser ce vaisseau en avant. Les attaches inférieures du masséter ayant été détachées à l'aide de la rugine et les lèvres de la plaie écartées, une couronne de trépan est appliquée au-dessous du bord postérieur de l'apophyse coronoïde, à mi-hauteur de la branche montante. La manœuvre du trépan est assez longue; de peur d'intéresser le nerf avec la couronne, on s'arrête fréquemment pour voir à quel point l'on en est. Bref, la rondelle osseuse enlevée, on prend un crochet à strabisme et on va à la recherche du nerf; on le charge sur un crochet et on le divise avec le thermocautère; puis, pour plus de sûreté, on applique le thermo-

cautère sur l'extrémité de chacun des segments et on détruit ainsi le nerf dans l'étendue de 1 centimètre environ. On peut, au moment de l'opération, ne pas apercevoir le nerf dentaire inférieur, on peut aussi ne pas intéresser d'artère et n'avoir pas de ligature à pratiquer; il se produit seulement une hémorragie veineuse, facilement arrêtée par la compres-

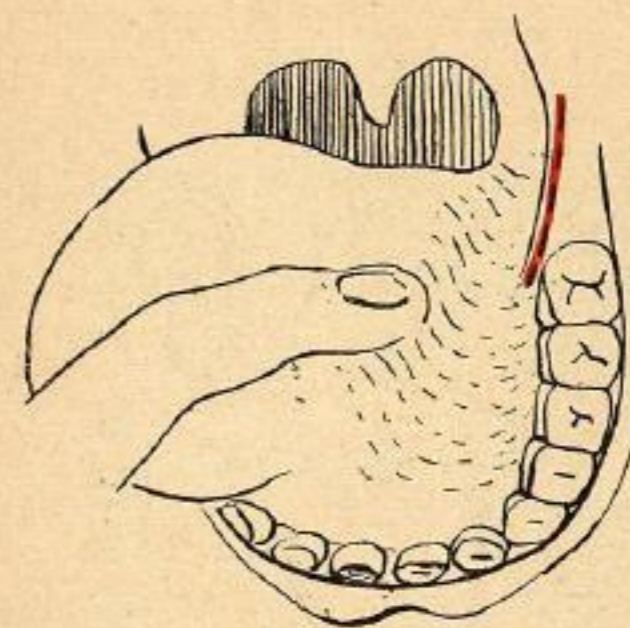


Fig. 309. — Incision de l'auteur, pour la découverte du nerf lingual par la voie buccale : le long et en dehors de la saillie verticale formée par le bord antérieur du ptérygoïdien interne.

sion. On place un drain profondément et on réunit la plaie cutanée à l'aide de trois points de suture. »

Le procédé SOUS-MAXILLAIRE, proposé par *Lushka*, a été décrit par son élève *Lahr* dans sa thèse (Tübingen, 1863). « On fait, dit celui-ci, correspondre l'incision aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> quarts de la moitié correspondante du maxillaire, en la plaçant au-dessous de son bord inférieur et en l'arrêtant en arrière au niveau de l'artère faciale, reconnue à ses battements. On peut du reste, si l'on veut se donner plus de jour, prolonger l'incision de 1 centimètre 1/2 de ce côté,



en ménageant l'artère dont on connaît le siège. La peau tendue



Fig. 310 — Incision de Dubreuil, pour la découverte transmaxillaire du lingual: curviligne, circonscrivant l'insertion inférieure du masséter, à branches verticales très courtes pour léser le moins possible de filets du facial, à branche antérieure passant en arrière de l'artère faciale.

avec la main gauche est divisée tout d'abord, puis le peaucier. On récline alors avec un écarteur mousse le bord inférieur de la plaie, contenant les vaisseaux mentaux et le nerf mylo-

hyoïdien qui se trouve ainsi hors d'atteinte. On peut même ménager au besoin les filets nerveux du peaucier, quoique

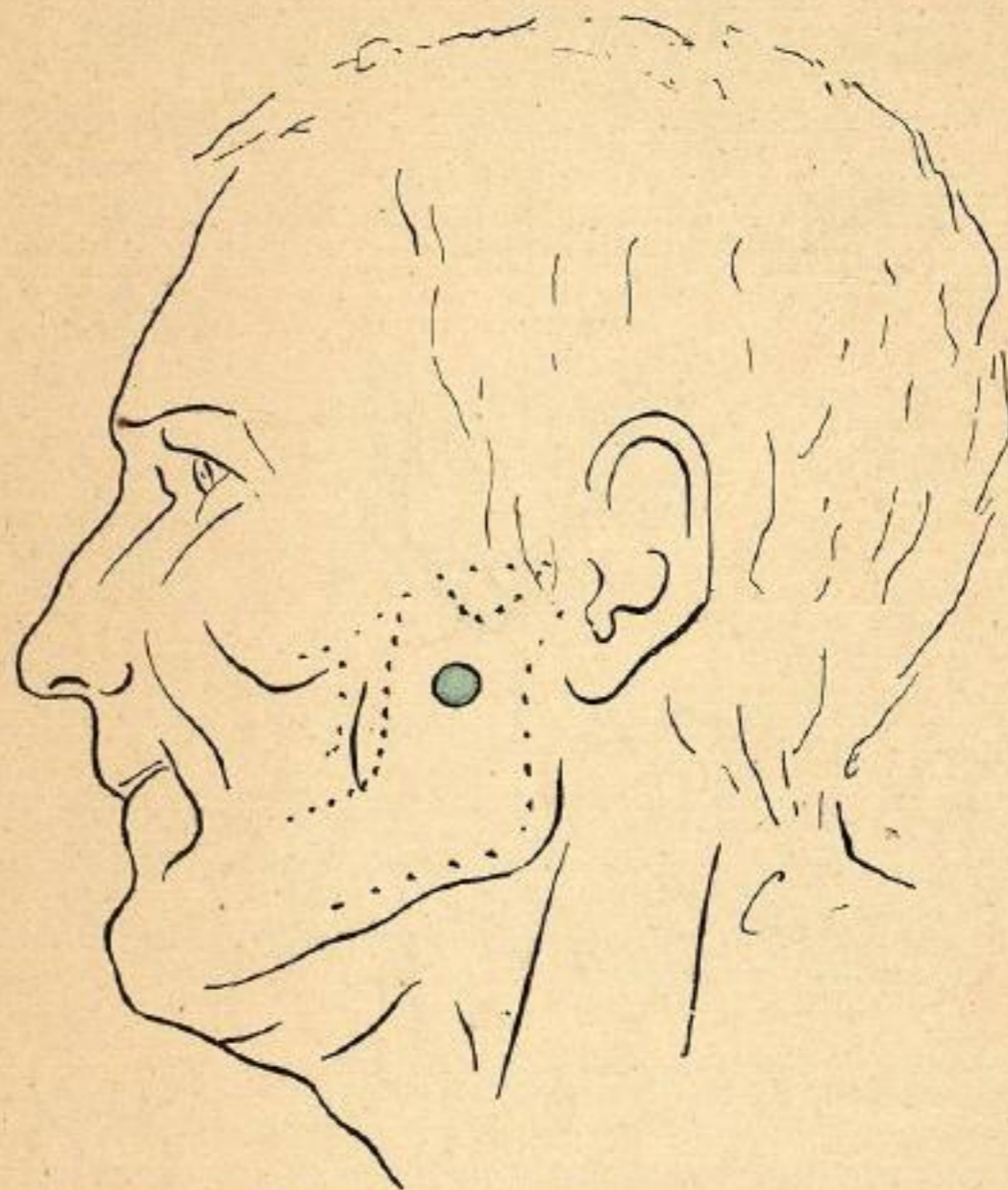


Fig. 311. — Application de la couronne de trépan pour la découverte transmaxillaire du lingual par le procédé de Dubreuil: au-dessous du bord postérieur de l'apophyse coronoïde, à mi-hauteur de la branche montante.

leur section soit sans importance. Réclinant les ganglions qu'on rencontre, on se dirige, au ras de la face interne de l'os, vers le plancher de la bouche et l'on atteint le muscle mylohyoïdien, recouvert d'une gaine celluleuse, remarquablement



dense. On libère le bord postérieur de ce muscle, puis on le sectionne ou, ce qui paraît d'ordinaire suffisant, on le récline fortement en avant. On découvre ainsi la partie antérieure de la glande sublinguale, qui va servir de guide pour atteindre le nerf. On sait, en effet, que celui-ci en croise l'extrémité inférieure, qu'il sépare de la partie correspondante de la glande sous-maxillaire. La sonde cannelée le cherche en ce point, et l'y reconnaît sans difficulté à sa consistance; on le libère au

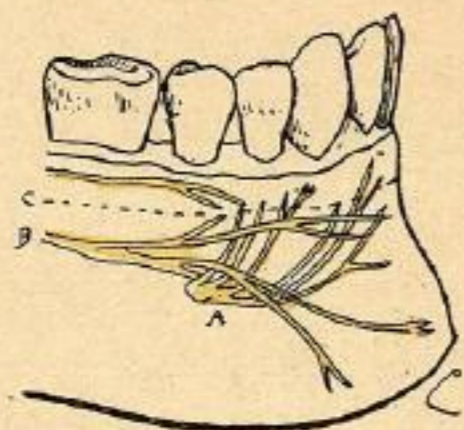


Fig. 312. — Siège du trou mentonnier : à peu près à mi-chemin du rebord alvéolaire et du bord inférieur de la mâchoire, au niveau de l'intervalle qui sépare la 1<sup>re</sup> de la 2<sup>e</sup> petite molaire, ou du collet de celle-ci : *a*, nerf mentonnier; *b*, branche du nerf facial venant s'anastomoser avec le nerf mentonnier; *c*, ligne pointillée indiquant le lieu de réflexion de la muqueuse labiale sur le maxillaire inférieur (d'après le professeur Tillaux).

bistouri, ou mieux encore aux ciseaux de Cooper, on le charge sur un crochet mousse et on peut le suivre assez loin en avant pour le réséquer sur une longueur de 2 centimètres jusqu'au point où il se divise en ses filets terminaux. Pour ces dernières manipulations, on a dû déchirer la paroi postérieure de la loge fibreuse de la glande sous-maxillaire. — L'opération peut être gênée par l'hypertrophie des ganglions qu'on se contentera d'extirper; en tout cas, on n'a pas à craindre la lésion du canal de Wharton, qui siège en arrière du nerf, si l'on a pris soin de le cathétériser, et la gêne post-opératoire

est nulle, puisqu'aucun organe servant à la mastication n'a été blessé. »

IV. NERF DENTAIRE INFÉRIEUR. — Plus nombreux encore que pour le nerf lingual ou pour le nerf buccal sont les

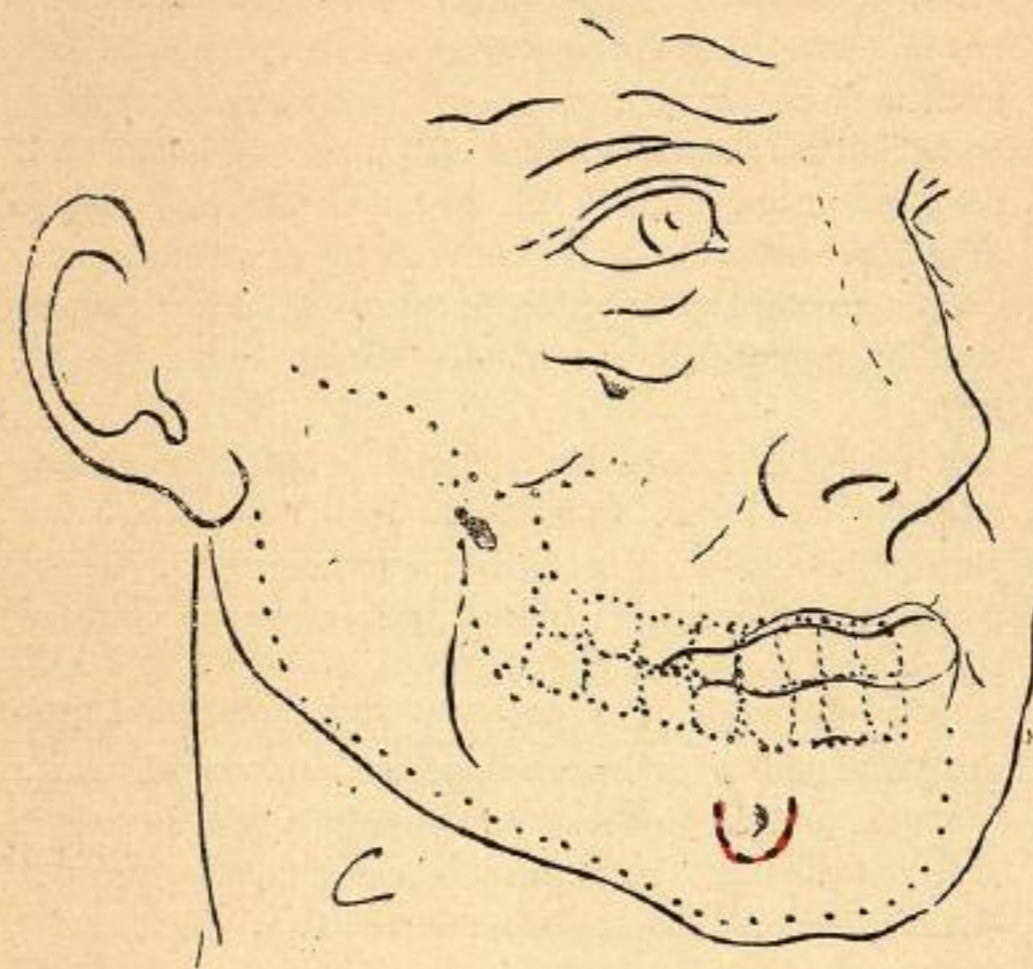


Fig. 313. — Incision de Roux, pour la découverte du bouquet mentonnier; incision à convexité inférieure circonscrivant le trou mentonnier.

procédés proposés pour découvrir le nerf dentaire inférieur.

Nous les classerons en : procédés s'attaquant au nerf au niveau du trou mentonnier, avant son entrée dans le canal osseux du maxillaire inférieur; procédés s'attaquant au nerf dans le canal; procédés s'attaquant au nerf en arrière de l'orifice postérieur du canal.

A. PROCÉDÉS S'ATTAQUANT AU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR AU