

NIVEAU DU TROU MENTONNIER. — Le trou mentonnier, qui regarde en haut et en dedans, se trouve sur la face antérieure de l'os maxillaire inférieur, à peu près constamment au niveau de la deuxième petite molaire, exceptionnellement plus en avant. Il est très rarement double. Mollière croit qu'on a tort de chercher à évaluer son siège exact en partant du bord inférieur de l'os, et qu'il est préférable de tracer une ligne de 20 millimètres allant du collet de la canine au-dessous de la deuxième petite molaire : elle aboutirait presque toujours à l'orifice cherché. Ces détails ont vraiment peu d'importance.

On a employé, pour arriver jusqu'au nerf dentaire au niveau du trou mentonnier soit la voie buccale, soit la voie cutanée.

1° VOIE BUCCALE. — « On renverse, dit *Malgaigne*, la lèvre inférieure; on incise, vis-à-vis des dents indiquées, la rainure qui joint la lèvre à la gencive; à quelques millimètres de profondeur, on rencontre le nerf, que l'on coupe en rasant l'os; le bout coupé fait, hors du niveau des chairs, une saillie facile à reconnaître à sa blancheur et qu'il suffit d'attirer avec des pinces pour en exciser une longueur convenable. »

2° VOIE CUTANÉE. — *Bonnet* ponctionnait la peau du menton avec un ténotome, « puis tendait le nerf en tirant fortement la lèvre en dehors, et le coupait alors au ras du trou mentonnier. »

Roux découvrait le trou mentonnier par une incision à convexité inférieure. « On reconnaît le nerf, que l'on excise, et l'on enfonce dans l'ouverture osseuse un cautère conique. Si le trou mentonnier est trop petit pour l'introduction du cautère, on l'agrandit par une couronne de trépan à main. »

Bruns préférait « une incision oblique en bas et en dedans, coupant d'un seul coup la peau, le tissu cellulaire et une mince couche musculaire, au-dessous de laquelle on trouve le bouquet nerveux ».

B. PROCÉDÉS S'ATTAQUANT AU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR

DANS LE CANAL OSSEUX DU MAXILLAIRE. — Les procédés s'attaquant au nerf dentaire inférieur dans le canal osseux du maxillaire permettent une opération un peu moins restreinte que les précédents.

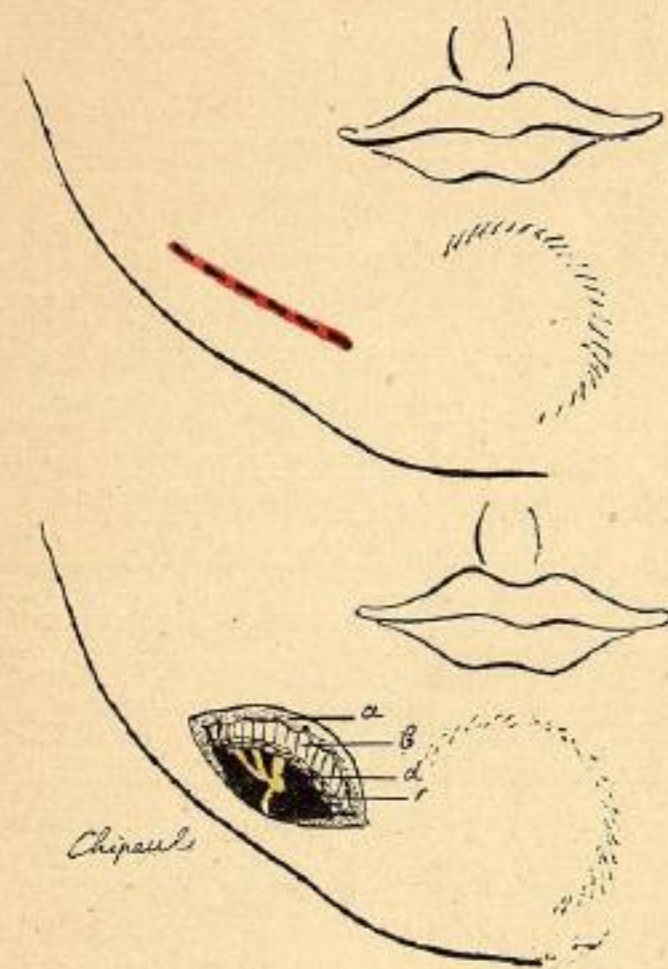


Fig. 314 et 315. — Incision de Bruns, pour la découverte du bouquet mentonnier, oblique en bas et en dedans. — Découverte du bouquet (d'après cet auteur): a, peau et tissu cellulaire; b, couche musculaire; c, maxillaire; d, bouquet mentonnier.

Bœchel (1853) fit cette attaque par la VOIE BUCCALE. « Je fais, dit-il, écarter les mâchoires, puis je détache la joue du maxillaire inférieur par la bouche et vais à la recherche du trou mentonnier. Les branches nerveuses et vasculaires qui en émergent sont isolées dans l'étendue de 1 centimètre environ; alors, appliquant une gouge en arrière de ce point, sur le trajet du canal dentaire, je fais sauter la table externe de l'os et coupe

le nerf. Après cela, il est facile d'en retirer un morceau assez long par le trou mentonnier. »

La plupart des opérateurs ont suivi, pour arriver au même but, la VOIE CUTANÉE.

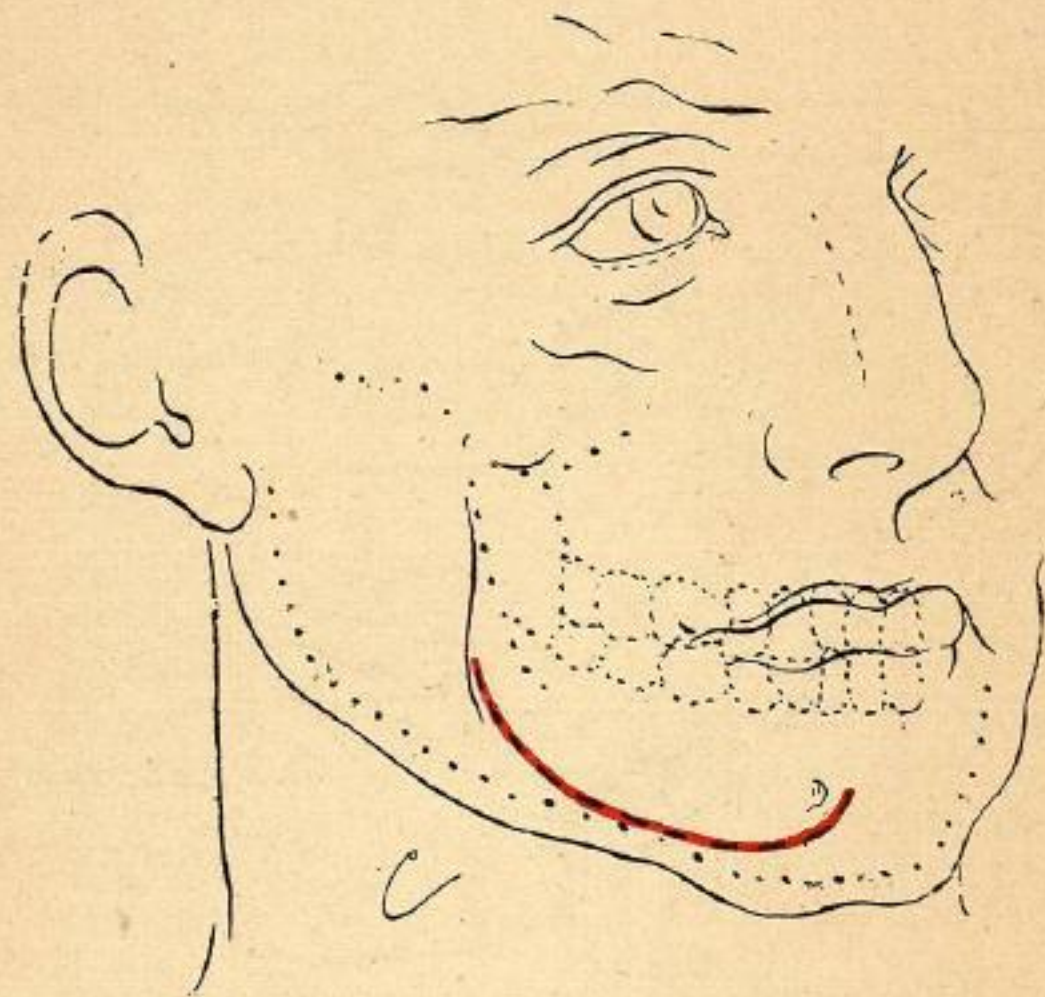


Fig. 316. — Incision de Roux, pour l'attaque du nerf dentaire inférieur dans le canal : à convexité inférieure s'étendant du bord antérieur du masséter au trou mentonnier.

Roux (1852) traçait « un lambeau tégumentaire à convexité inférieure, étendu du bord antérieur du muscle masséter au trou mentonnier, mettait le maxillaire à nu, appliquait une couronne de trépan de 0^m,015 au-dessous de la dernière grosse molaire, ouvrait le canal dentaire, y reconnaissait le nerf, le divisait et en cautérisait profondément les extrémités.

Beau (1853) ne se contentait pas de réséquer le nerf au point découvert; il détruisait toute son extrémité périphérique à partir de ce point. Dans ce but, « il plaçait la couronne de trépan à 0^m,02 en dehors du trou mentonnier, et, après avoir dé-

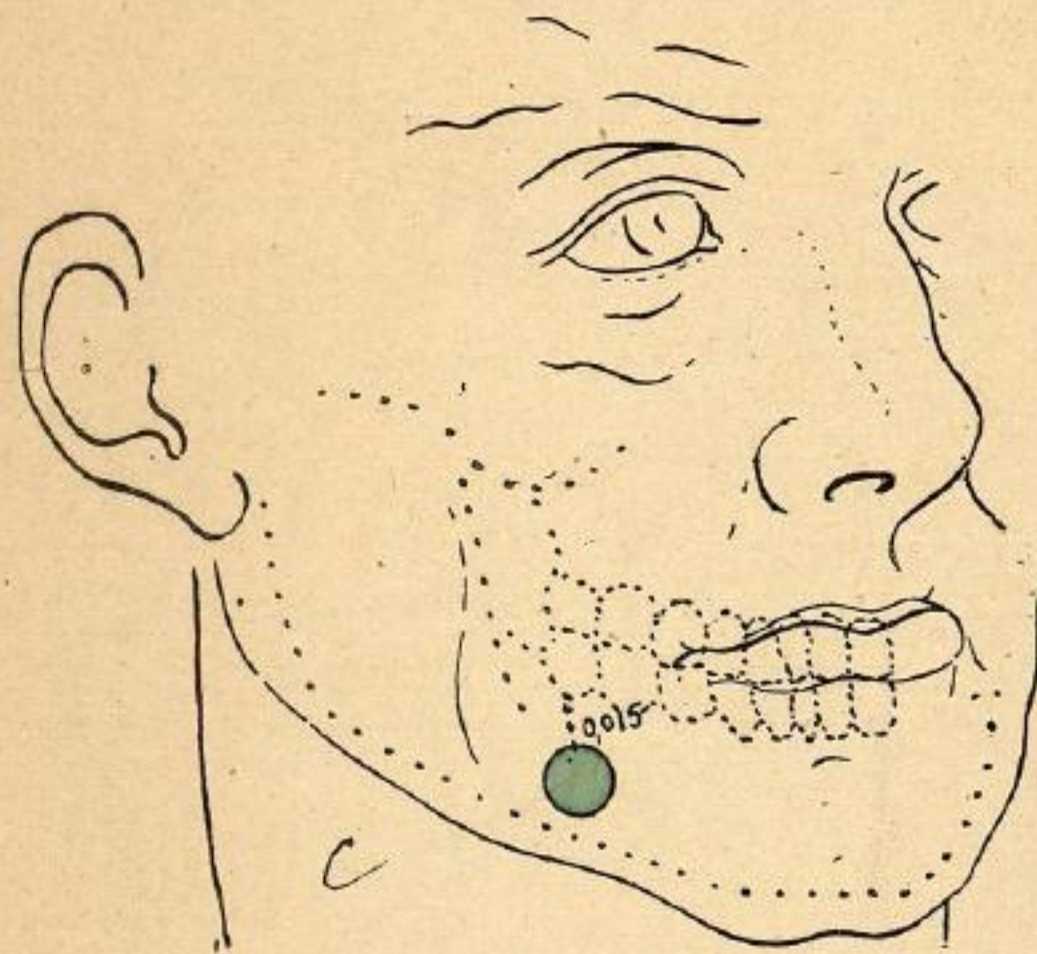


Fig. 317. — Ouverture du canal dentaire, dans le procédé de Roux, par l'application d'une couronne de trépan de 15 millimètres de diamètre au-dessous de la dernière grosse molaire.

couvert le nerf dans l'épaisseur de l'os, le coupait et en saisissait avec des pinces l'extrémité antérieure, pendant qu'un aide pratiquait la même manœuvre sur le nerf mentonnier séparé des parties environnantes et incisé en dehors du conduit osseux. Il imprimait au cordon nerveux des mouvements de va-et-vient, qui en détruisaient les adhérences, et l'extrayait. »

— M. *Monod* préconisa en 1884, devant la Société de Chirurgie, une conduite très analogue. « On incise, dit-il, la peau suivant le bord inférieur du maxillaire, depuis le masséter jusqu'à 3 centimètres de la ligne médiane. Le bistouri pénètre du

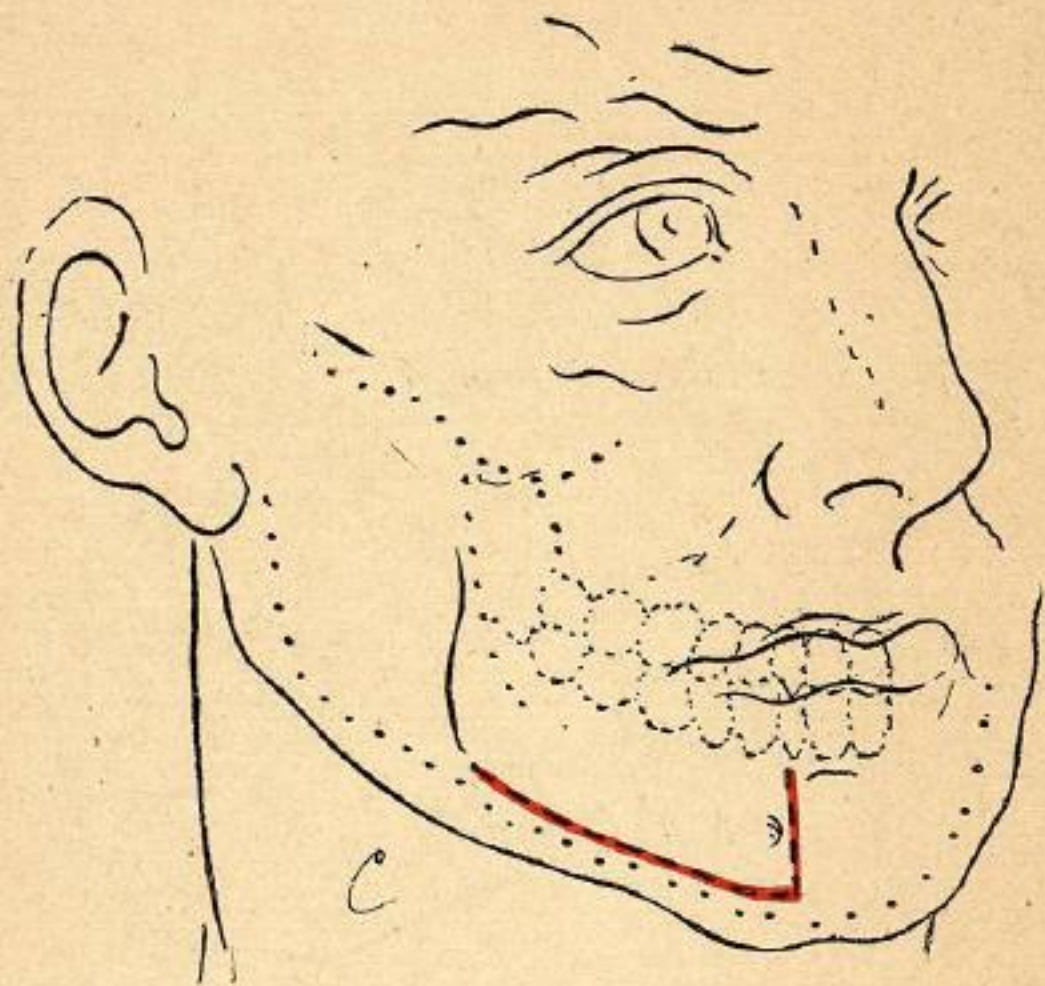


Fig. 318. — Incision de M. *Monod*, pour l'attaque du nerf dentaire inférieur dans son canal : suivant le bord inférieur du maxillaire, depuis le masséter jusqu'à 3 centimètres de la ligne médiane, puis remontant verticalement pour s'arrêter à 2 centimètres du bord de la lèvre.

premier coup jusqu'à l'os, sauf au voisinage du masséter, de façon à éviter la blessure de l'artère faciale; de l'extrémité interne de cette incision, on en fait partir une seconde à direction verticale, qui s'arrête à 2 centimètres environ du bord de la lèvre. On circonscrit ainsi un lambeau en \perp , que

l'on détache de l'os et que l'on relève. Le trou mentonnier mis à découvert, on reconnaît le nerf et on le saisit à l'aide d'une pince. On ouvre ensuite le canal dentaire à 2 centimètres en arrière du trou mentonnier, point où il est situé

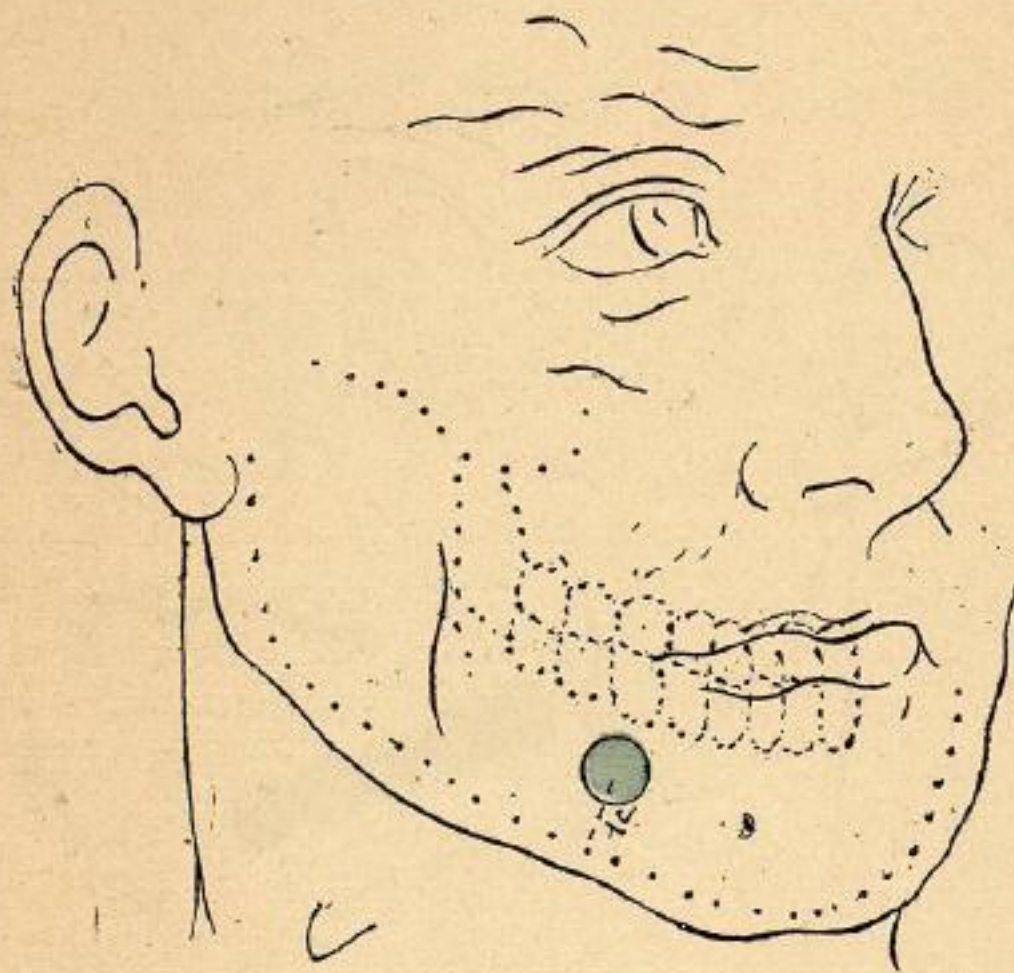


Fig. 319. — Ouverture du canal dentaire, dans le procédé de M. *Monod*, par l'application d'une couronne de trépan à 2 centimètres en arrière du trou mentonnier, en se rappelant que le canal est à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur de l'os.

exactement à 1 centimètre au-dessus du bord inférieur de l'os. Dans ce but, on se sert d'une couronne de trépan, en ne donnant tout d'abord que peu d'épaisseur à la couronne, pour éviter de couper le nerf. Une sensation de résistance vaincue avertit le chirurgien qu'il a pénétré dans le canal; on enlève

alors les esquilles avec une pince. On peut aussi remplacer le trépan par la gouge et le maillet, qui permettent d'agir plus prudemment encore. La perforation osseuse faite, on est habituellement gêné par un écoulement sanguin assez abon-

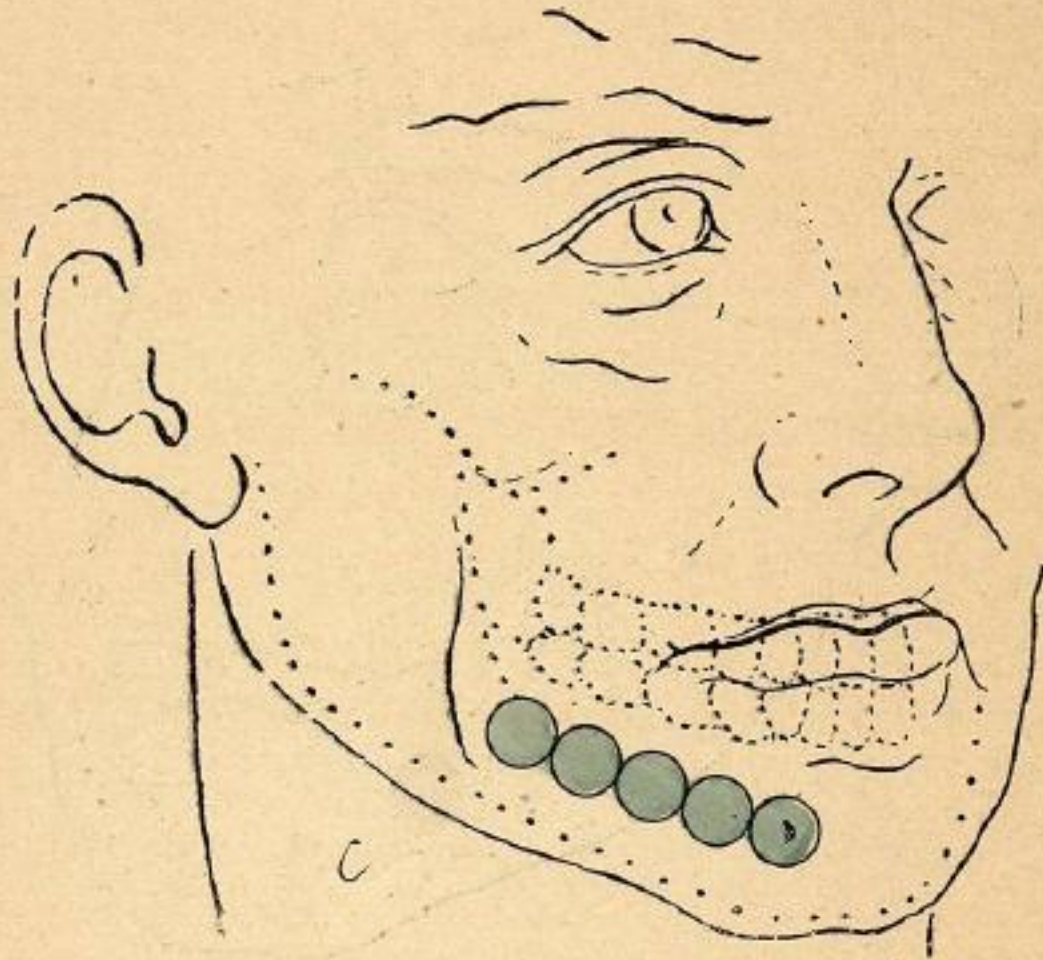


Fig. 320. — Ouverture du canal dentaire dans le procédé de Gross : cinq couronnes de trépan, à la suite les unes des autres, sur le trajet de ce canal.

dant, que l'on arrête momentanément au moyen de boulettes imbibées d'eau de Pagliari. On aperçoit le cordon nerveux, que l'on charge sur un petit crochet pour l'amener au dehors ; il est alors saisi dans un fil et coupé en avant du nœud. Une traction exercée sur le second fil, préalablement fixé sur le nerf mentonnier, entraîne facilement au dehors toute l'extrémité terminale. Le fil placé sur le bout central sert à exercer

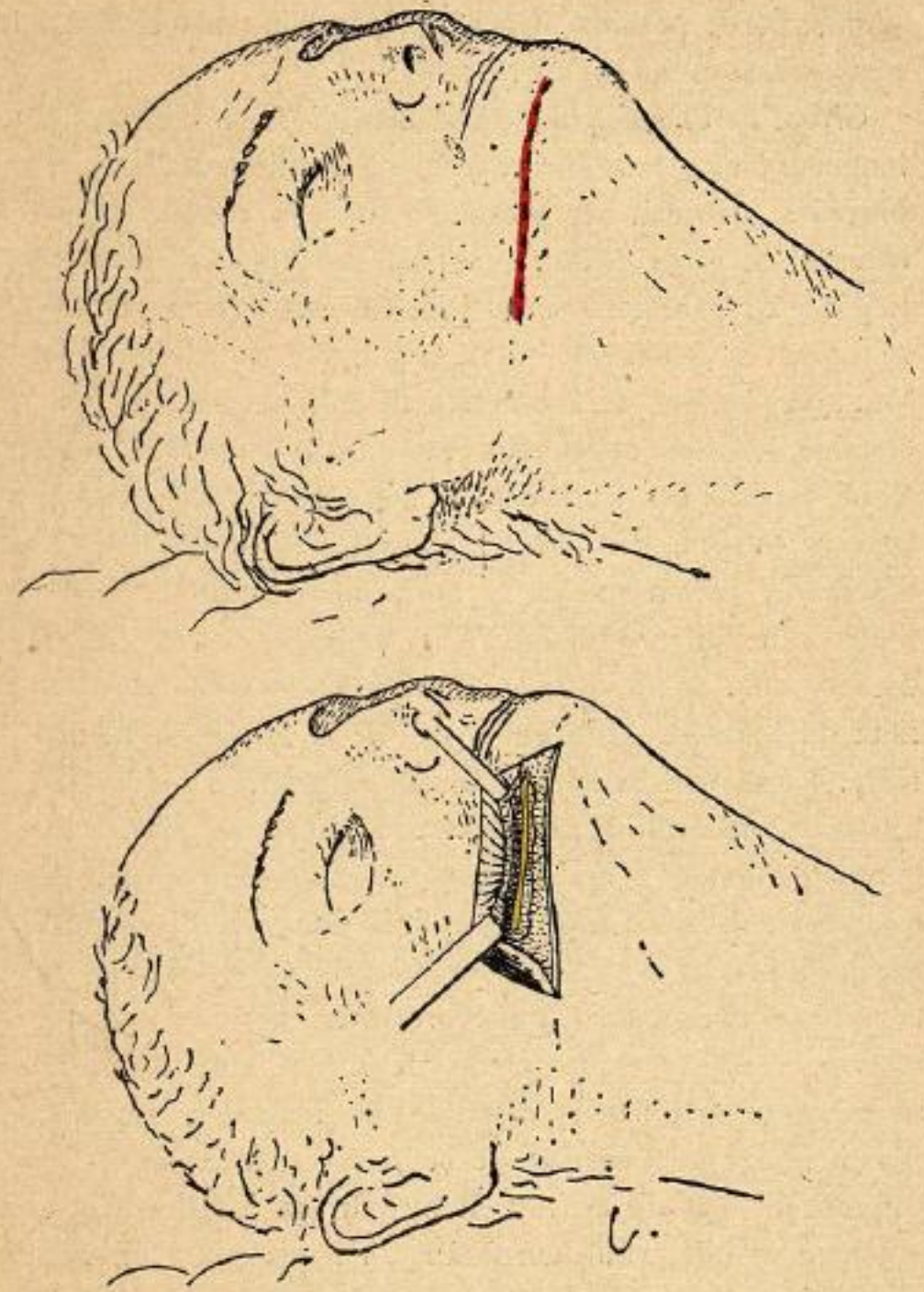


Fig. 321 et 322. — 1° Incision de Tripier, pour l'attaque du nerf dentaire inférieur dans son canal : à 1 centimètre au-dessous de la branche horizontale du maxillaire, depuis le bord antérieur du masséter jusqu'au niveau de la symphyse. — 2° Ouverture du canal dentaire à la gouge et au maillet, dans le procédé de Tripier.

de ce côté une traction suffisante pour en détruire la plus grande partie possible. On ne va pas loin dans ce sens, le nerf se cassant au premier effort. »

Gross, de Philadelphie, pour mettre à nu le nerf sur une longueur plus grande encore que ne le permettent ces derniers procédés, détruisit sur presque toute son étendue la paroi externe du canal dentaire, à l'aide de cinq couronnes de trépan, placées à la suite les une des autres. — *Tripier*, en 1885, se servant dans le même but de la gouge et du maillet, insista tout spécialement sur la nécessité de détruire, sur une grande étendue, les filets collatéraux et terminaux du nerf découvert. Voici, tel qu'il est décrit dans la thèse de son élève *Beauxis-Lagrave* (1891), son procédé opératoire : « On incise les téguments parallèlement au bord inférieur de la branche horizontale du maxillaire, à 1 centimètre environ au-dessous, afin de masquer la cicatrice, et depuis le bord antérieur du masséter jusqu'au niveau de la symphyse mentonnière. La section de l'artère faciale est pratiquée entre deux ligatures. On décolle le périoste avec le couteau-rugine, depuis le rebord inférieur jusqu'au point où l'on aperçoit le nerf mentonnier à son lieu d'émergence; il se découvre de lui-même lorsque le périoste a été suffisamment soulevé, et l'on reconnaît le nerf à ses fibres blanchâtres et brillantes, entouré d'une artère et d'une veine. Quelques coups de rugine sont donnés en arrière, pour détacher les insertions du masséter. Saisissant alors la gouge et le maillet, on ouvre le canal dentaire en se rapprochant d'abord du rebord inférieur du maxillaire et en se tenant ensuite parallèlement à lui, à 1 centimètre environ. On sculpte ainsi dans l'os une gouttière qui met tout le canal dentaire à découvert. Arrivé en arrière, on remonte progressivement jusqu'au voisinage de l'orifice supérieur. Dans ses premières opérations, *M. Tripier* remontait jusqu'à l'orifice supérieur du canal dentaire; mais la fragilité de

l'os à ce niveau, due à sa disposition anatomique (bifurcation de la branche montante pour former le condyle et l'apophyse coronoidé), lui a fait modifier ce temps de l'opération. Au lieu de remonter jusqu'en face de l'orifice supérieur, pour s'assurer de la distance où l'on se trouve de ce point, on enfonce dans le canal un stylet fin qui pénètre jusque dans la cavité buccale; on lui fait décrire un mouvement de rotation pour s'assurer que l'extrémité supérieure du stylet est bien dans le vide, et, en le retirant, on juge de la distance à laquelle on se trouve. Le nerf étant ainsi mis à nu dans tout son trajet intra-osseux, on en saisit la partie supérieure et, opérant de légères tractions pour l'attirer au dehors du canal osseux, on le sectionne avec de fins ciseaux le plus haut possible; on retire doucement l'extrémité sectionnée et on coupe, au fur et à mesure qu'ils se présentent, les filets que le nerf donne aux dents; au niveau du trou mentonnier, on la sectionne de nouveau. Quant au bout périphérique, on le saisit avec une pince à forcipressure et l'on exerce des tractions de façon à l'arracher, ou mieux on enroule la pince autour de la portion terminale, qui, cédant aux tractions, arrive à former un cordon de 4 à 5 centimètres; cette traction est parfois assez longue, à cause de la résistance éprouvée. Quand on pratique la section du nerf dentaire, l'artère est le plus souvent blessée, si elle ne l'a pas déjà été lors de l'ouverture du canal dentaire; l'hémorragie qui en résulte peut être très abondante; mais on y remédie facilement en appliquant dans la plaie un ou plusieurs tampons de Pingwhar, maintenus par un aide, qui exerce en même temps une certaine compression. Il n'est pas toujours nécessaire de ciseler le canal dentaire jusqu'à sa partie supérieure; tout cela dépend de l'état du nerf; ordinairement, celui-ci est augmenté de volume, renflé par endroits et paraissant à l'étroit dans le canal; il a, de plus, une teinte ordinairement laiteuse. Or, quand, au cours de l'opéra-

tion, on remarque, en se rapprochant de l'extrémité centrale, que le nerf présente son aspect normal, on peut s'arrêter là et le sectionner à ce niveau; néanmoins, autant que possible, il est préférable de dépasser toujours les limites du mal et d'isoler des centres la branche du muscle mylo-hyoïdien, celle-ci se détachant du dentaire au moment de son entrée dans le canal.

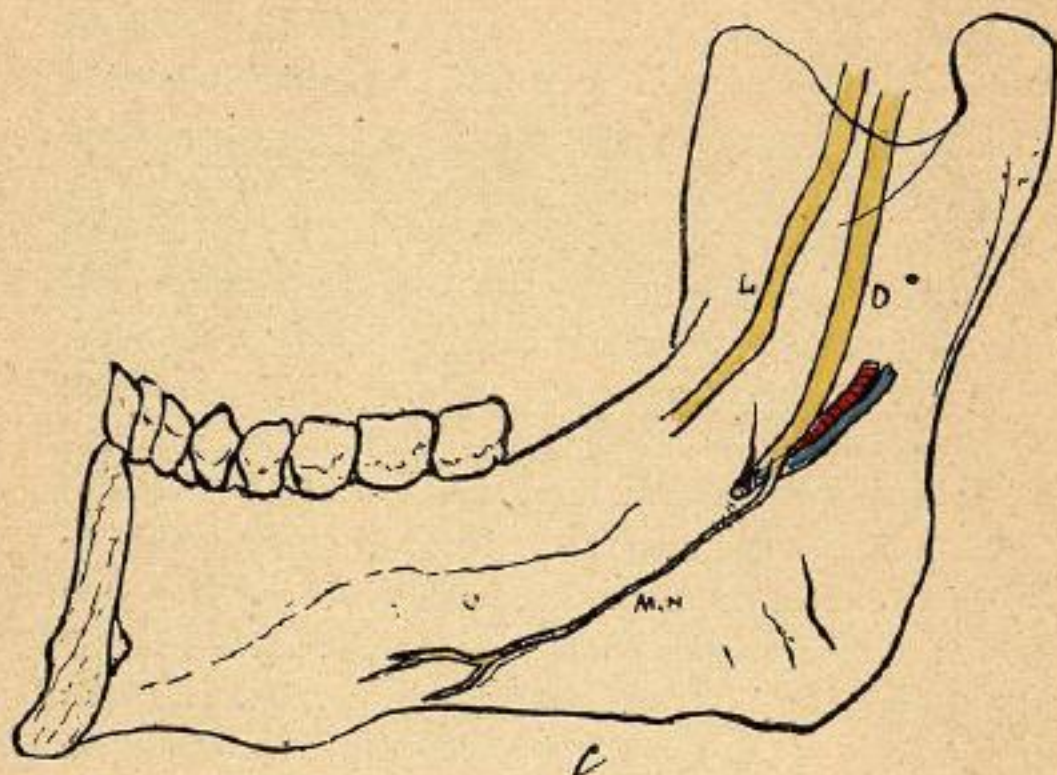


Fig. 323. — Face interne du maxillaire inférieur; nerf lingual, nerf, artère et veine dentaire inférieurs, nerf mylo-hyoïdien.

Lorsqu'on opère une légère traction sur le bout central, on a toutes les chances de le sectionner du même coup que le nerf dentaire. L'opération terminée, on lave la plaie avec du sublimé; on draine en arrière. Double plan de suture. Gaze phéniquée, saupoudrée d'iodoforme, coton benzoïque et chevestre. »

On le voit, les procédés cherchant le nerf dentaire dans son canal peuvent servir à le suivre secondairement à peu près jusqu'au niveau de l'épine de Spix. Nous allons voir qu'on peut aussi le découvrir directement en ce point.

C. PROCÉDÉS S'ATTAQUANT AU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR

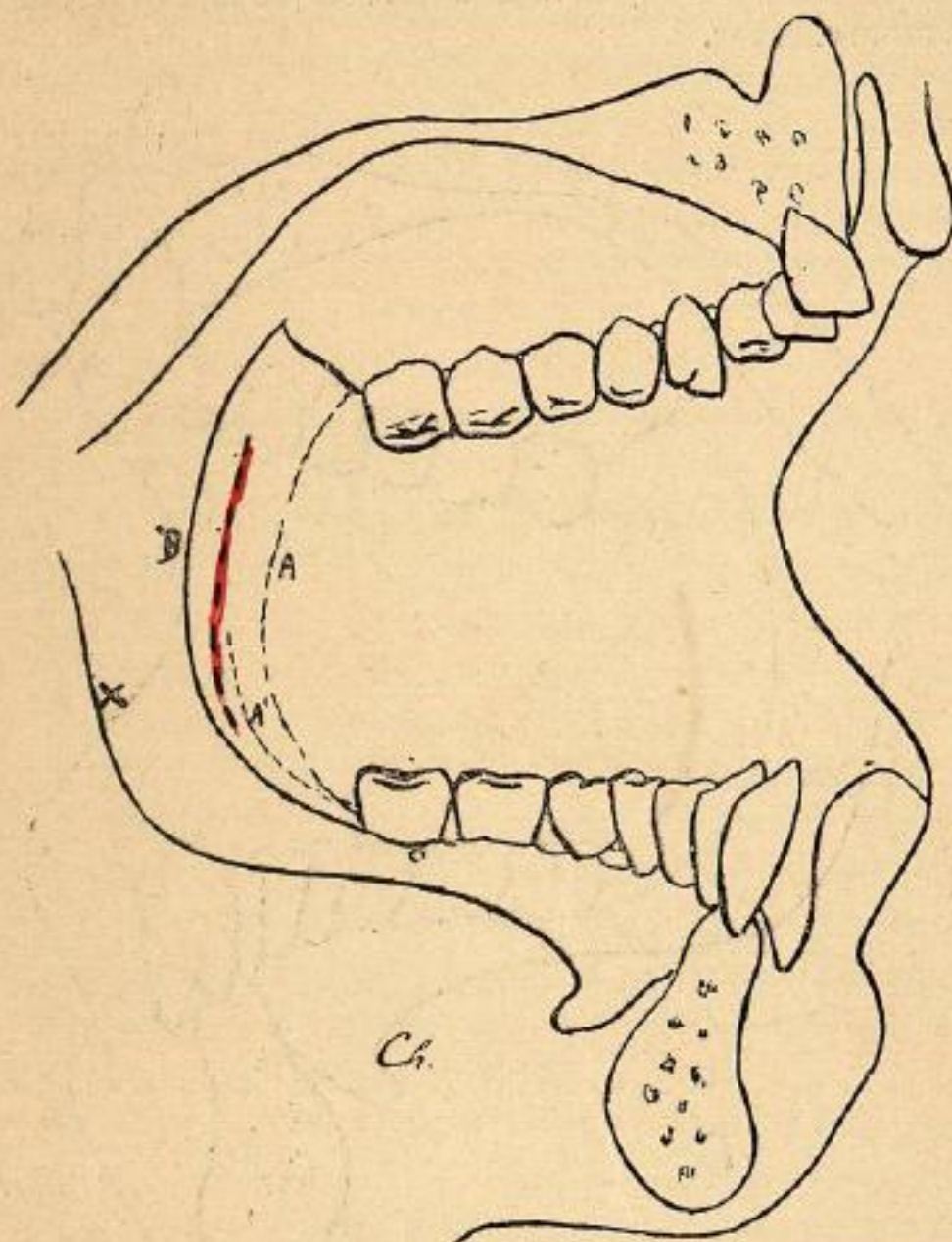


Fig. 324. — Incision de Michel, pour l'attaque du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie buccale: de 3 centimètres, étendue du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur, entre l'apophyse coronoïde et le ptérygoïdien interne. — A, saillie correspondant au bord antérieur de la branche montante, et doublée en haut du tendon temporal; A, saillie également appréciable sous la muqueuse et formée par la bifurcation interne du bord antérieur de la branche montante; B, saillie ptérygoïdienne; X, siège approximatif de l'épine de Spix.

AU-DESSUS DU CANAL OSSEUX DU MAXILLAIRE. — Ici encore

nous trouvons des procédés buccaux et des procédés cutanés, ceux-ci soit sus-maxillaires, soit pré-maxillaires, soit rétro-maxillaires.

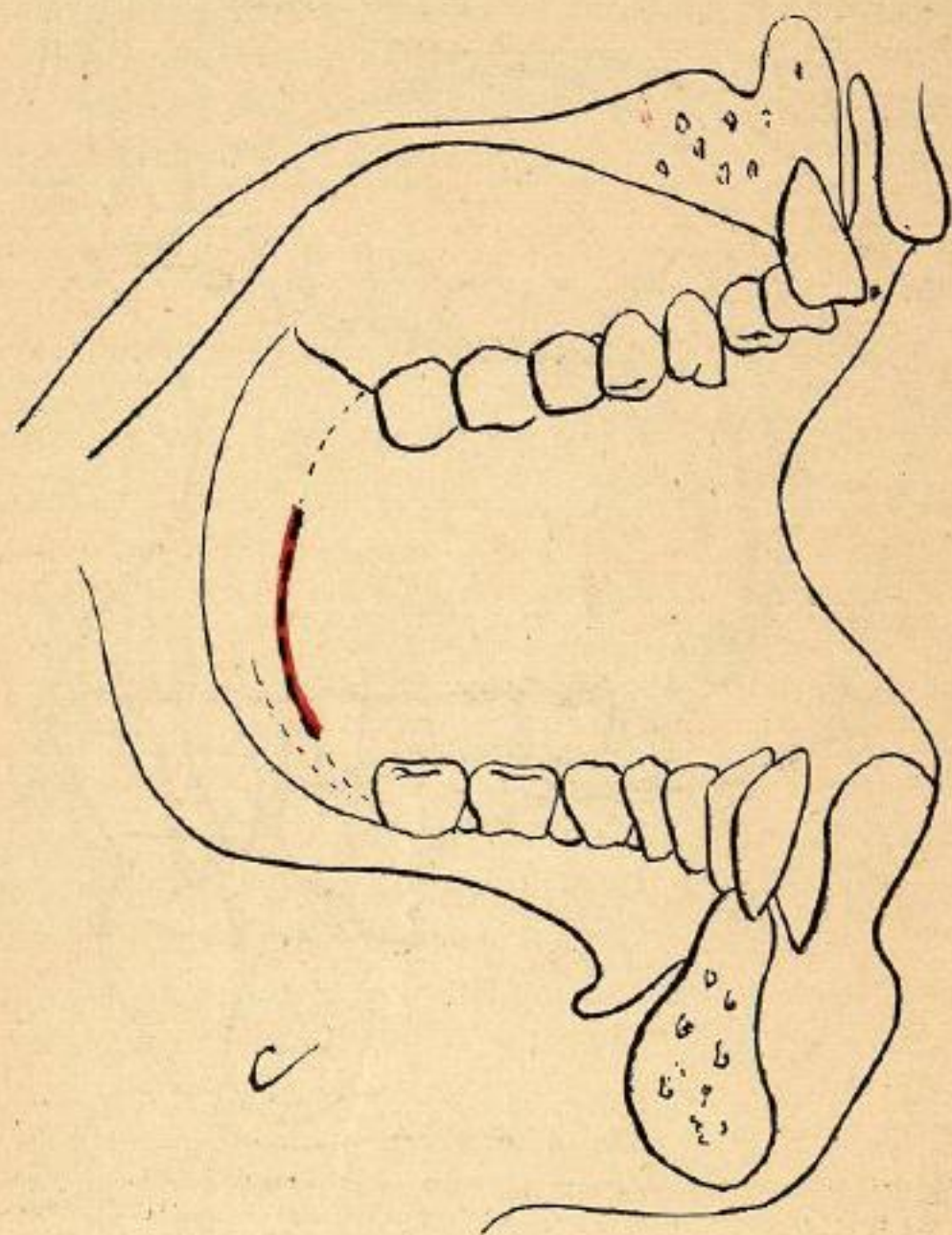


Fig. 325. — Incision de Von Bruns, pour l'attaque du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie buccale: longue de 2 ou 3 centimètres, sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde.

1^o PROCÉDÉS BUCCAUX. — Le premier, *Lizars*, en 1821, proposa et pratiqua la section du dentaire inférieur au-dessus de

son canal osseux par la voie buccale. Il fit cette section sous-muqueuse, méthode aveugle s'il en fût, exposant à blesser l'artère dentaire inférieure et le nerf lingual. « Un bistouri pointu et courbe fut introduit par la bouche dans la partie postéro-supérieure de la joue et glissé le long de la face interne de l'apophyse coronoïde, entre elle et le muscle ptérygoïdien, jusqu'à l'entrée du canal. Le tranchant fut alors tourné en dehors et ramené en grattant l'os. Une violente et brusque douleur annonça qu'on avait réussi. »

D'autres procédés buccaux font une incision franche de la muqueuse.

Le premier d'entre eux est celui que *Michel* employa dès 1857 et décrivit en 1864, dans la thèse de son élève *Voisart*. « Les instruments nécessaires, dit-il, sont un bistouri ordinaire, deux pinces, dont l'une à branches plus longues que celles des pinces ordinaires, des érignes, une aiguille courbe. Le malade doit être assis sur une chaise, avoir la tête légèrement étendue en arrière, bien exposée à la lumière et soutenue par un aide. L'opérateur se tient du côté du nerf qu'il veut réséquer. On fait une incision longitudinale de 3 centimètres, étendue du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur, entre l'apophyse coronoïde et le ptérygoïdien interne, incision qui intéresse seulement la muqueuse. On attire à soi celle-ci avec une pince à dents de souris, et l'on tombe immédiatement sur le nerf lingual. On le fait récliner en dedans avec un crochet mousse et, le doigt introduit dans la bouche, on va à la recherche du tubercule qui est situé au-devant du canal dentaire. Cette recherche est facilitée parce qu'au niveau du canal dentaire la face externe du ptérygoïdien est séparée de l'apophyse coronoïde par un espace triangulaire à sommet dirigé en bas, qui résulte de la direction même du muscle; celui-ci, en effet, se portant de la fosse ptérygoïdienne à la face interne de l'angle de la mâchoire inférieure, va de haut en bas et de

dedans en dehors. On laisse donc le muscle en dedans, en suivant la face interne de l'apophyse coronoïde, et l'entrée du

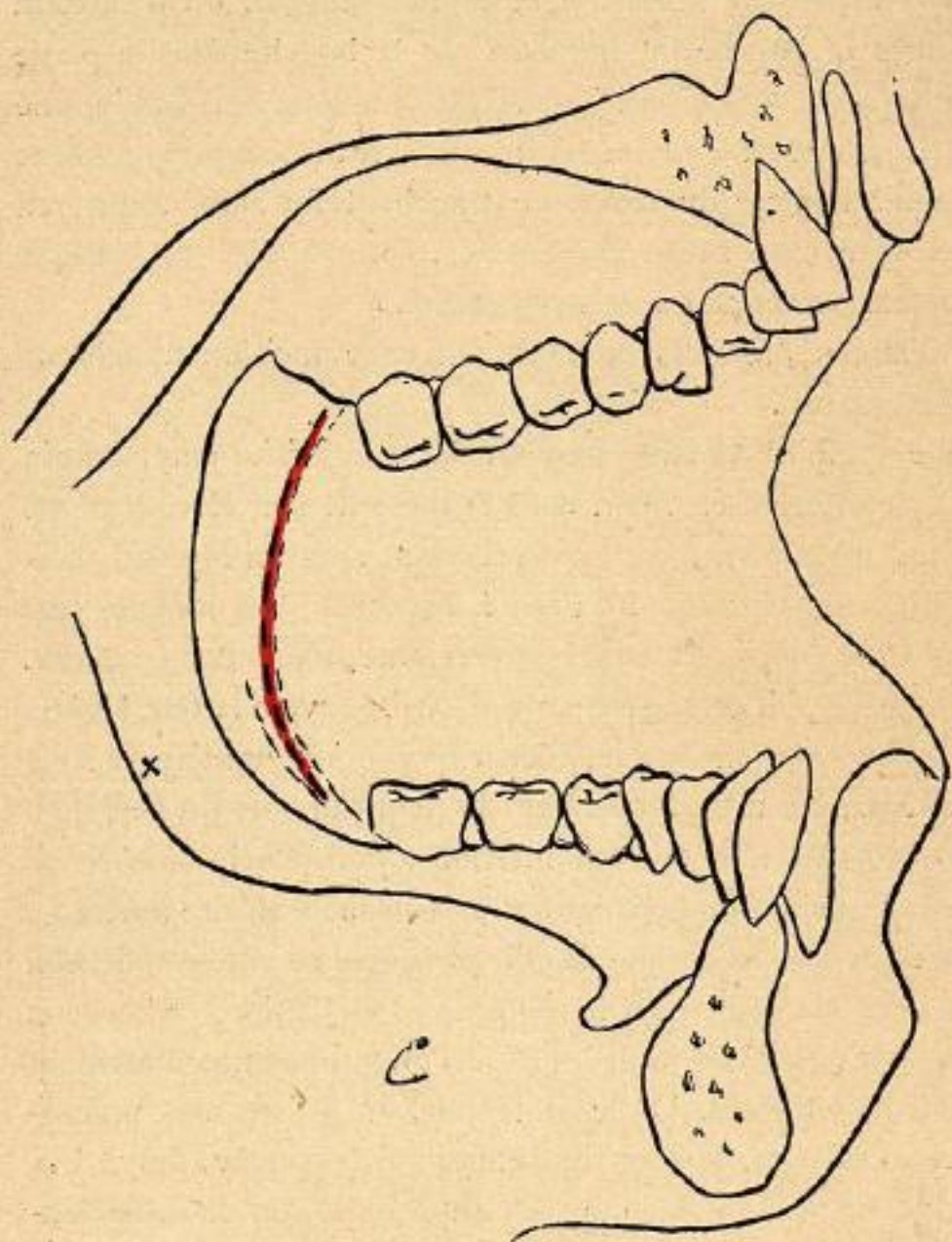


Fig. 326. — Incision de Létiévant pour l'attaque du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie buccale : à 5 millimètres en dedans du bord antérieur de l'apophyse coronoïde et s'étendant de la dernière molaire supérieure à la dernière molaire inférieure.

canal se trouve à 2 centimètres derrière le bord antérieur de ce muscle pterygoïdien interne. On est quelquefois obligé de

couper transversalement quelques fibres du ligament sphéno-maxillaire, et on voit alors le nerf, qui se distingue du lingual d'abord par son volume, car il est un peu plus petit, puis par sa situation plus en dehors et plus en arrière. Le nerf est

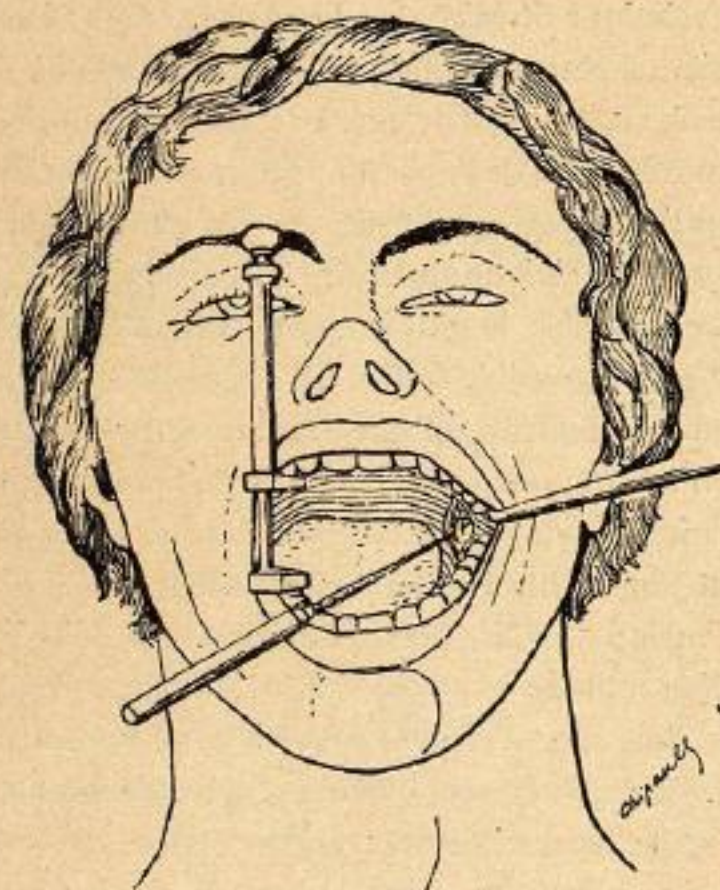


Fig. 327. — Découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par le procédé de Létiévant (d'après cet auteur).

ensuite soulevé avec une sonde d'Asthley Cooper ou un crochet mousse, et sa résection devient assez facile. »

Paravicini, en 1858, conseille, avec un procédé analogue, de sectionner au besoin quelques fibres du pterygoïdien interne. — *Von Bruns*, en 1859, recommande « de couper la muqueuse sur une longueur de 2 à 3 centimètres sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, puis d'introduire le doigt dans l'infundibulum créé entre la face interne de la branche montante

et le ptérygoïdien interne, ce qui mène à l'orifice du canal, que l'on reconnaît au toucher, mais qu'on ne voit pas ». — *Menzel*, en 1872, invente un « crochet lithotriteur destiné à saisir le nerf, le tenir en vue et l'exciser ensuite ». — *Letiévant*, en 1873, décrit à nouveau en la modifiant dans quelques détails, la technique de Michel. « Le malade, dit-il, étant assis et anesthésié, on écarte les mâchoires et on les maintient écartées à l'aide de l'instrument destiné à cet usage et que l'on place du côté opposé à celui de l'opération; plus on obtient d'écartement, moins l'opération est difficile. Du côté où l'on doit opérer, un crochet mousse éloigne en dehors la commissure des lèvres et la refoule en arrière le plus possible, afin de rendre moins profond et plus accessible le lieu de l'opération. On pratique alors au fond de la bouche, à l'aide d'un bistouri à long manche, une incision à la muqueuse qui recouvre le bord antérieur du tendon du muscle temporal. Cette incision ne doit pas porter directement sur le bord antérieur et saillant de l'apophyse coronoïde, mais à 5 millimètres en dedans. Elle doit s'étendre de la dernière molaire supérieure à la dernière molaire inférieure. Elle doit aller d'emblée jusqu'à la surface du tendon crotaphyte. Elle n'intéresse, d'ailleurs, que la muqueuse, les glandules et le tissu cellulaire; aucune artère ne se trouve sur son trajet. Le bistouri retiré, le bout de l'index gauche le remplace, s'engage dans la plaie et pénètre immédiatement entre le muscle ptérygoïdien interne, qui est en dehors et auquel il correspond par son ongle, et la face interne du tendon du crotaphyte, que double la face interne de l'apophyse coronoïde et auquel le doigt correspond par sa pulpe. En enfonçant un peu plus le doigt et le portant un peu en haut, sa pulpe arrive facilement à sentir en arrière du tendon du temporal l'épine de Spix, qui domine l'entrée du canal dentaire. Cette épine, toujours appréciable, est quelquefois très accusée; d'autres fois, petite, elle réclame, pour être plus nettement

sentie, un peu de dénudation. On fait cette dénudation à

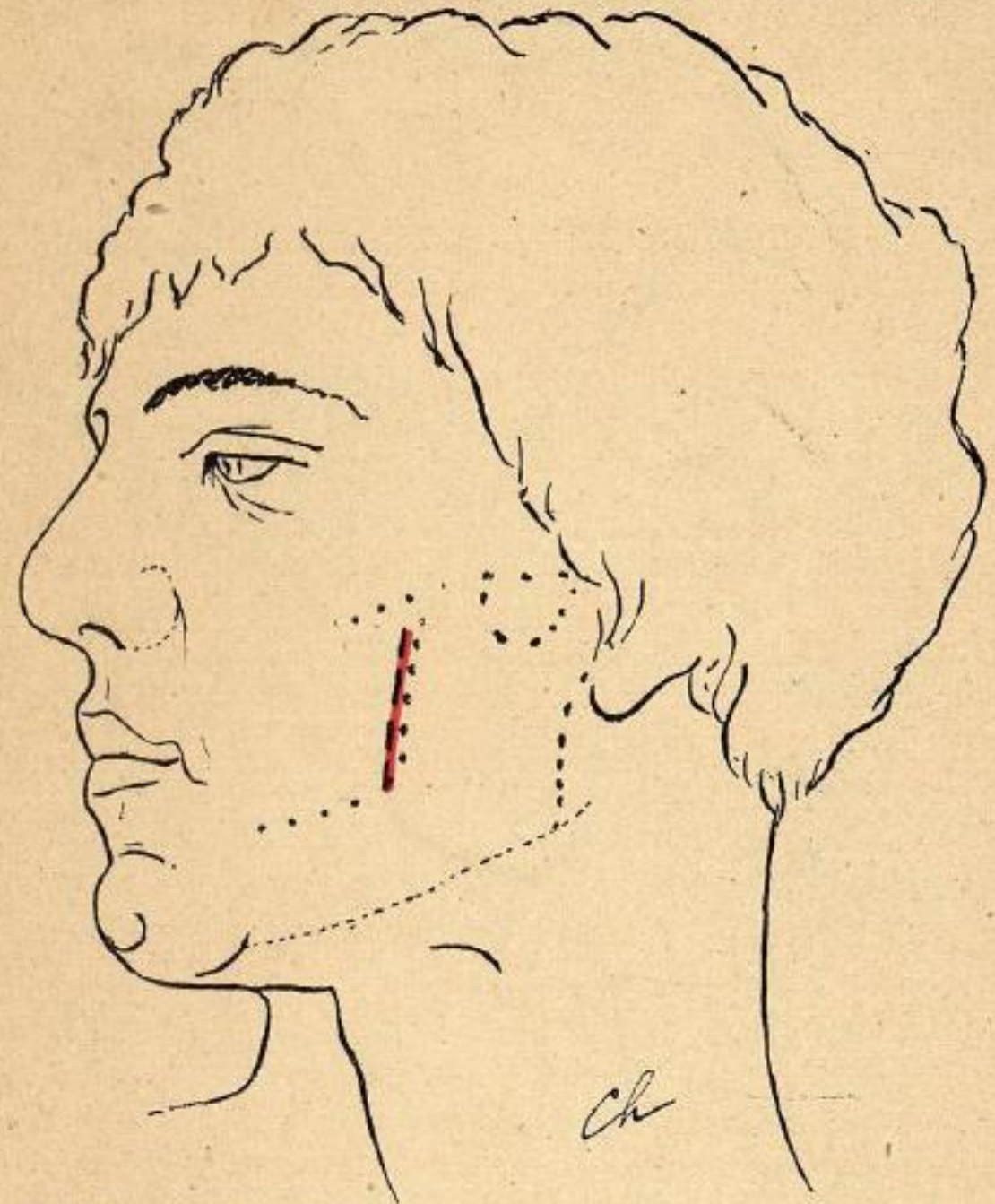


Fig. 328. — Incision de Lizars, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie pré-maxillaire, sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde.

l'aide de la sonde cannelée. Quand la pulpe du doigt sent très bien l'épine de Spix, il est possible de terminer rapidement l'opération. Il suffit de prendre, de la main droite, un

crochet, de le diriger le long de la face palmaire de l'index

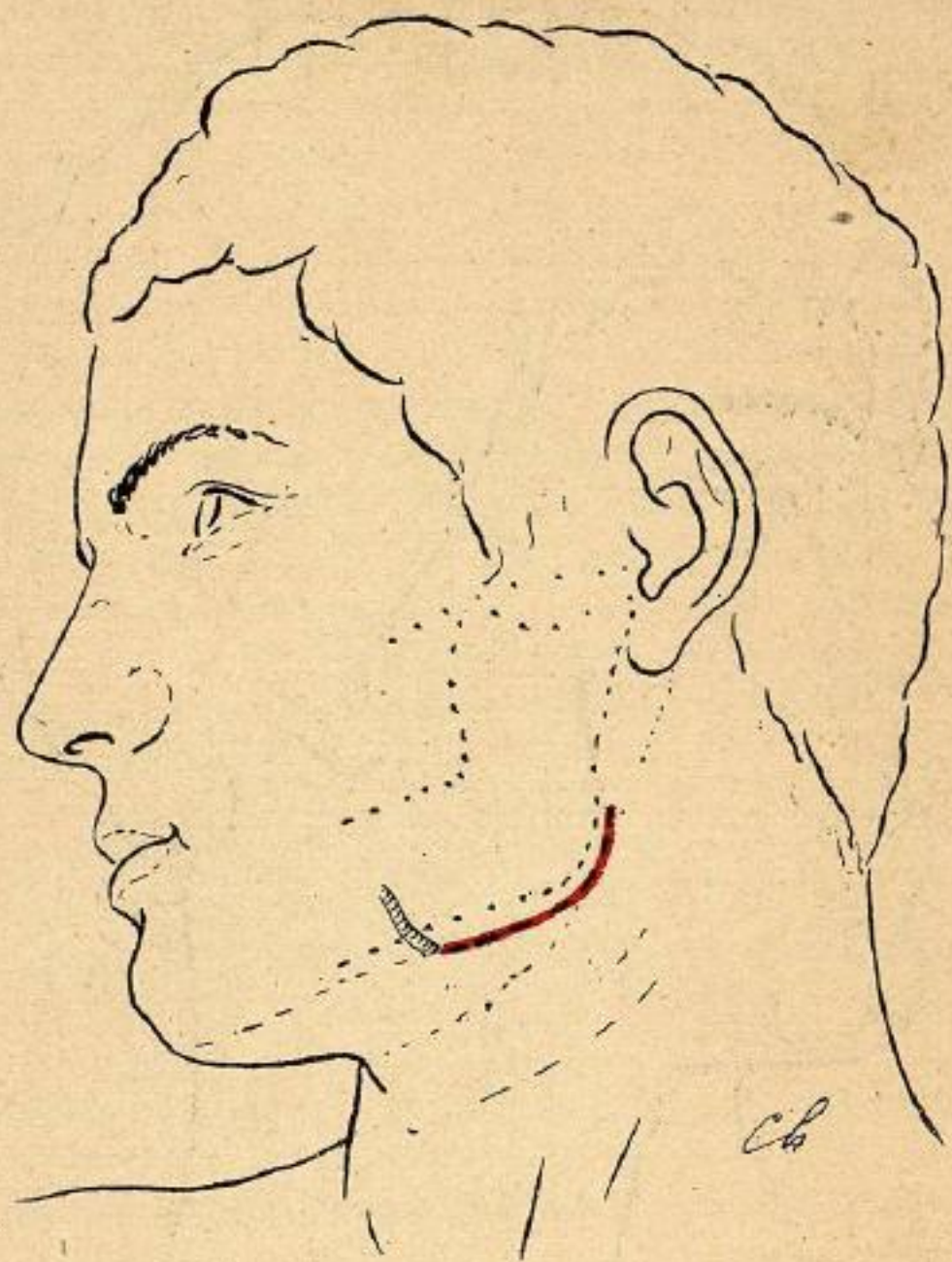


Fig. 329. — Incision de Sonnenburg, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie rétro-maxillaire: commençant sur le bord postérieur du maxillaire, à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'angle, et s'étendant en avant jusqu'à l'artère faciale.

gauche jusqu'au niveau de l'épine de Spix, de le retourner alors de manière à ce que son bec, regardant en dehors, glisse

au-dessous du niveau de l'épine de Spix, en arrière du cordon nervoso-vasculaire qui s'engage dans le canal. Sur ce cordon,

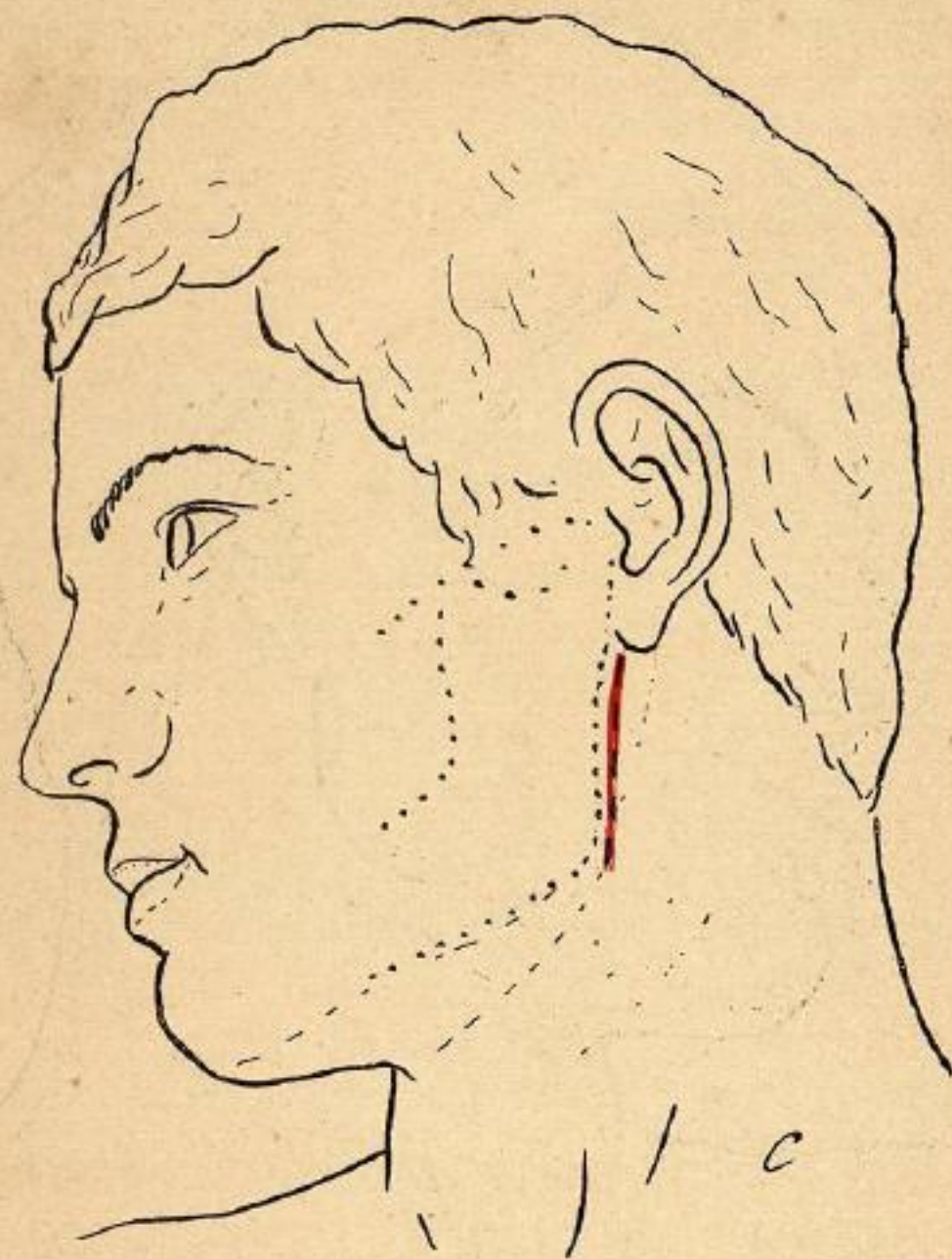


Fig. 330. — Incision de Nicoladoni, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie rétro-maxillaire: verticale, commençant au niveau du lobule de l'oreille et finissant à l'angle du maxillaire.

ainsi tendu par le crochet, porter un bistouri boutonné à long manche, glissé à plat le long de la face palmaire de

l'index. Quand la lame est arrivée au niveau du crochet, un peu au-dessus de ce doigt, on la tourne de champ et on la

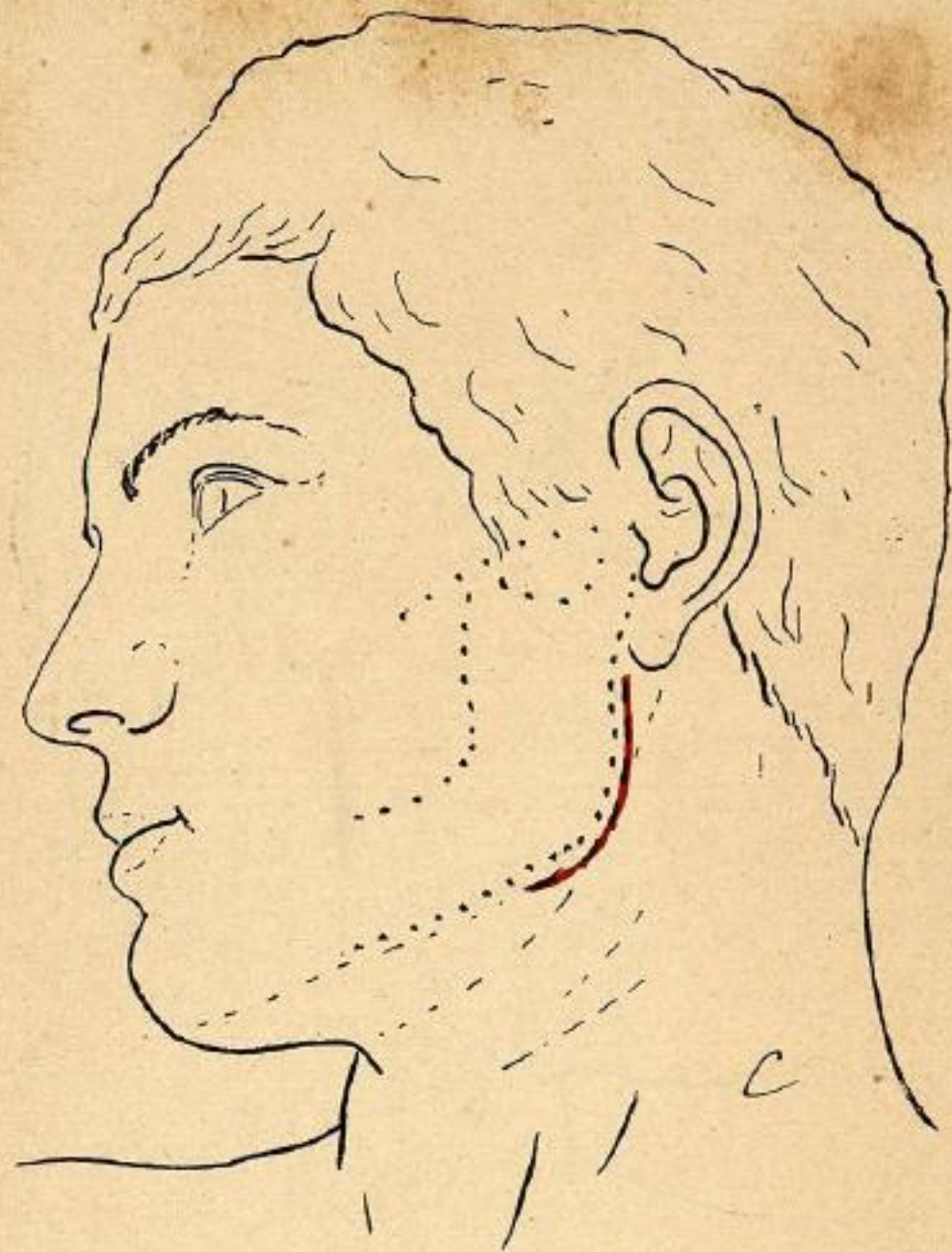


Fig. 331. — Incision de Chauvel, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie rétro-maxillaire : incision verticale, remontant à 35 ou 40 millimètres au-dessus de l'angle du maxillaire et complétée par une incision horizontale très courte.

fait agir par pression jusqu'à la surface de l'os. Tout ce qui est au-dessus de l'épine de Spix est ainsi divisé jusqu'à l'os

et, les bouts divisés fuyant, s'écartant, le doigt ne trouve plus rien qui pénètre dans le canal dentaire. On a divisé par ce procédé le nerf dentaire avec son rameau mylo-hyoidien et l'artère dentaire. La section de cette dernière n'est jamais l'occasion d'hémorragie. Je n'eus point cette complication sur les deux malades que j'opérai ainsi et elle n'a été signalée dans aucun fait. Si, au lieu de la simple névrotomie, on veut pratiquer l'excision du nerf, il faut, à l'aide de crochets mousses, écarter les lèvres de la plaie, mettre le nerf à découvert, le pincer, le couper au-dessus de la pince et en enlever 5 à 10 millimètres de longueur. Cela, toutefois, n'est pas également facile sur tous les sujets; il en est sur lesquels on n'arrive qu'avec peine à apercevoir le nerf au fond de la plaie. »

Schænborn (1875) joint à la section du nerf au niveau de l'épine de Spix par le procédé de Michel sa découverte au niveau du trou mentonnier, qu'on agrandit à la gouge et au maillet sur une longueur de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. « Alors, on l'attire au dehors par des mouvements de traction, combinés à des mouvements de latéralité. » On peut en exciser ainsi une longueur d'environ 6 centimètres.

Après les tentatives que nous venons d'énumérer, la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus de son canal osseux par la voie buccale eut quelques années de vogue. Elle eut même les honneurs d'une discussion à la Société de Chirurgie, en 1883, discussion où elle fut justement condamnée, et dont elle ne se releva pas. « Elle expose, y dit M. Chauvel, à la lésion de l'artère dentaire et, de plus, l'épine de Spix, si l'on s'en rapporte à ce que dit Ricoux, n'est pas toujours facile à sentir. Quant au cordon nerveux, on le sent mal et, si on réussit à le charger, c'est après bien des tâtonnements. » D'autre part, M. Farabeuf signala « le ligament sphéno-maxillaire, qui peut être très développé et masquer complètement le nerf et