

l'artère dentaires. Il a été également frappé du nombre des veines et du voisinage presque immédiat de l'artère maxil-

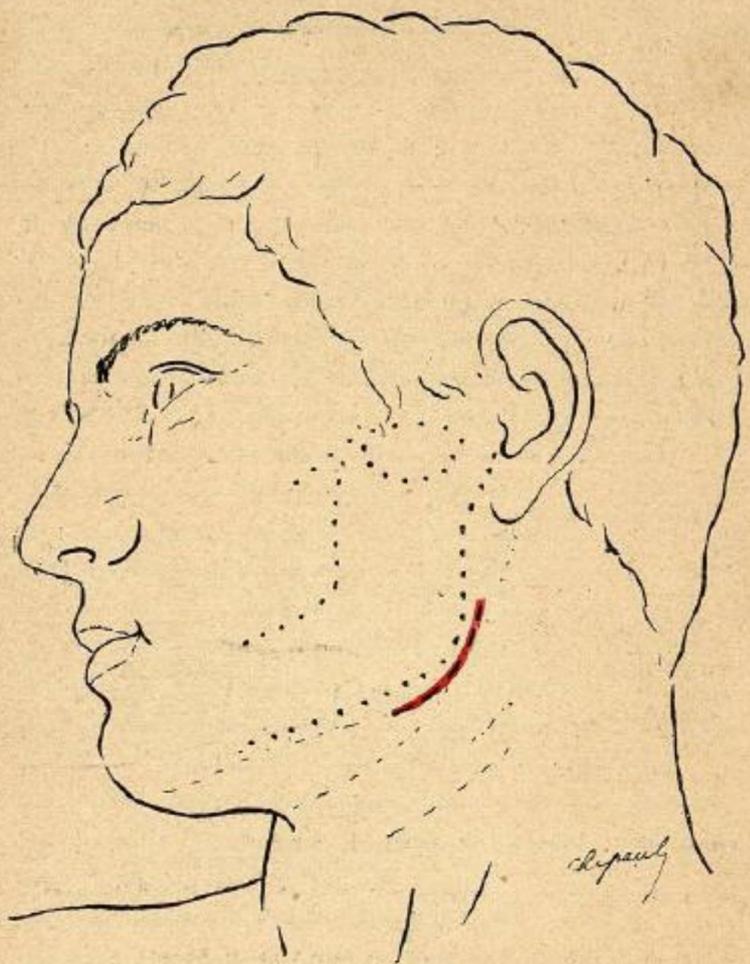


Fig. 332. — Incision de Kühn, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie rétro-maxillaire : courbe, suivant l'angle du maxillaire inférieur.

laire interne, très flexueuse à ce niveau ». Enfin, M. Marc Sée fit remarquer que la voie buccale n'est pas praticable dans le cas

de constriction des mâchoires, et M. Monod cita un cas où

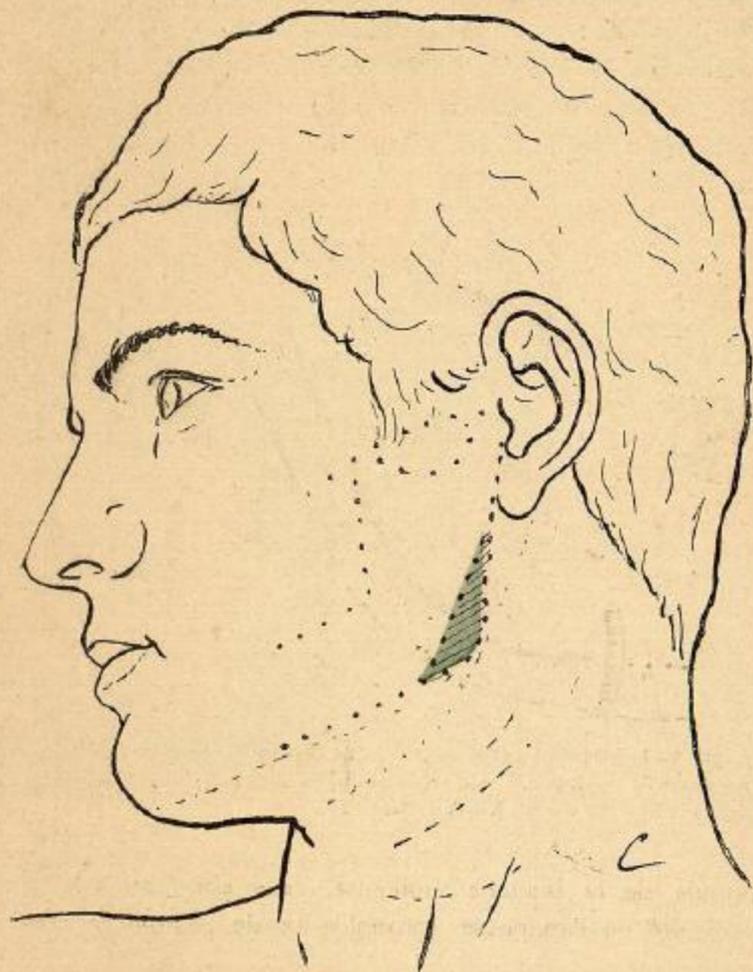


Fig. 333. — Étendue de la portion osseuse du maxillaire inférieur à réséquer (d'après Kühn), pour arriver jusqu'à l'épine de Spix : triangulaire à sommet supérieur.

l'opérateur dut lier la carotide externe pour arrêter l'hémorragie.

2° PROCÉDÉS CUTANÉS. — Pour atteindre le nerf dentaire

au-dessus de son canal osseux par la voie cutanée, quatre chemins paraissent possibles au premier examen du squelette régional : *a)* en descendant de haut en bas la face interne de la branche montante ; *b)* en longeant cette face d'avant en arrière ; *c)* en longeant cette même face d'arrière en avant ; *d)* en faisant un orifice dans la partie

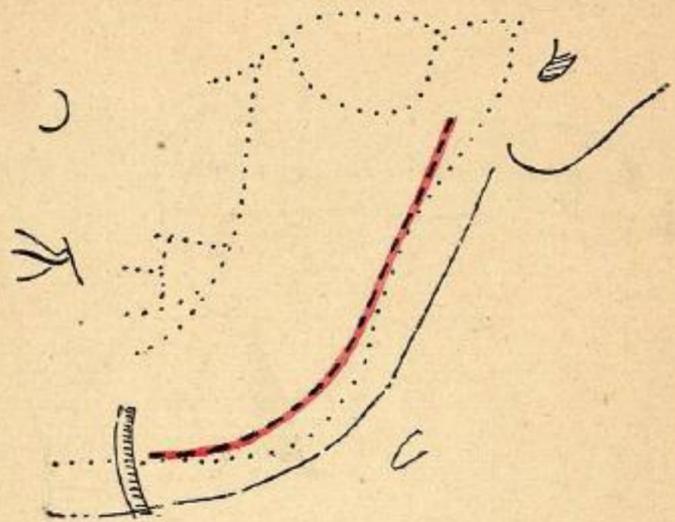


Fig. 334. — Incision de Von Bruns, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie rétro-maxillaire : suivant le bord du maxillaire depuis le lobule de l'oreille jusqu'à l'artère faciale.

centrale de la branche montante, sans compromettre la continuité de l'apophyse coronoïde et de l'apophyse articulaire.

a) Le premier chemin, *chemin sigmoïdien*, est mauvais, comme donnant un jour insuffisant et exposant à blesser le canal de Sténon et les branches du facial. Il n'a jamais été suivi.

b) Le deuxième chemin, *chemin pré-maxillaire*, a été utilisé par *Lizars* chez un malade à qui il avait déjà attaqué le dentaire inférieur par ponction buccale. « Avec un bistouri, dit-il, une

incision fut faite sur le bord antérieur de l'apophyse coronoïde, et par cette incision une lancette introduite entre l'os et le ptérygoidien, puis ramenée, son tranchant convexe en dehors, en grattant l'os et coupant le nerf. »

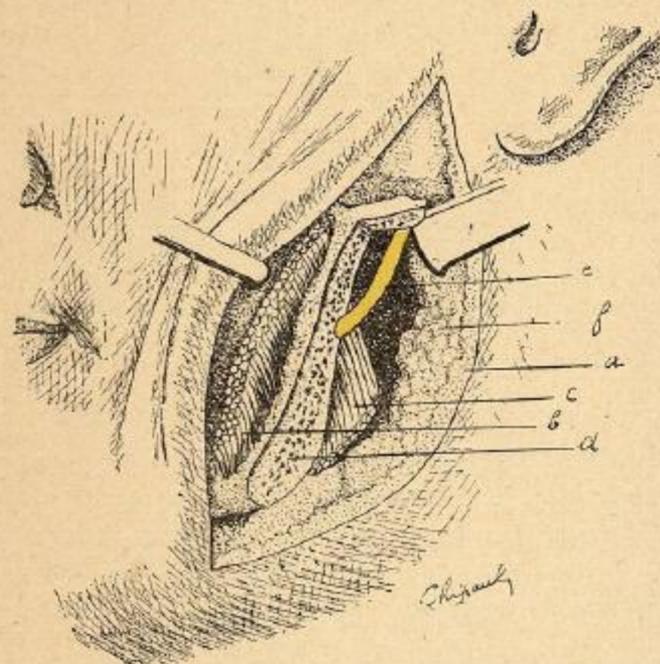


Fig. 335. — Étendue de la portion osseuse du maxillaire inférieur à réséquer (d'après Von Bruns) pour arriver jusqu'à l'épine de Spix : cette portion est limitée par une incision horizontale de 1 centim. 1/2 partant du bord postérieur du maxillaire à 3 centimètres au-dessus de l'angle et par une incision verticale allant de l'extrémité antérieure de la première au bord inférieur de l'os ; *a*, peau et tissu cellulaire ; *b*, masséter ; *c*, ptérygoidien interne ; *d*, coupe du maxillaire interne ; *e*, nerf dentaire inférieur ; *f*, parotide.

c) Le troisième chemin, *chemin rétro-maxillaire*, a suscité d'assez nombreuses tentatives.

Sonnenburg, en 1877, le suivit pour la première fois. « L'incision, dit-il, doit commencer sur le bord postérieur du maxillaire, à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'angle,

et aller en avant jusqu'à l'artère faciale, ayant en tout 3 à 4 centimètres. On libère, autant que possible, avec un instrument mousse, la face interne de l'os jusqu'à l'épine, et même quelque peu au-dessus. Si le ptérygoïdien interne ne se laisse pas alors suffisamment écarter, on le sectionne quelque peu transversalement. Une petite artériole musculaire donne une légère hémorragie, qu'on arrête sans peine avec de l'eau chaude. On sent maintenant l'épine et le nerf. On prend un crochet solide, mousse, terminé par une petite tête et on le conduit sur la pulpe du doigt jusqu'à l'épine, puis un peu en haut sur la face interne de la branche montante, en se dirigeant en même temps en dedans vers la muqueuse buccale. Le doigt d'un aide, introduit dans la bouche de l'opéré, suit du reste le crochet et peut, au besoin, le diriger. En procédant ainsi, on chargera le nerf seul, très élastique, et l'on pourra avec le crochet l'attirer jusqu'à l'angle du maxillaire. Alors, on le sectionnera d'abord du côté périphérique, qui, très adhérent dans le canal osseux, s'échappe très facilement de la pince, puis du côté central; on peut sans peine en exciser un bout fort long. L'opération sera plus simple chez les individus édentés, ce qui est, du reste, la règle dans le cas de névralgie faciale, et l'on ménagera facilement l'artère en se rappelant que, venue d'arrière en haut et en dehors, elle ne se réunit au nerf venu d'en haut et en dedans que fort peu avant l'entrée du canal. Donc, si l'on dirige le crochet, en partant de l'épine de Spix, un peu en haut, en dedans et en arrière, c'est-à-dire de l'os vers la muqueuse buccale, on accrochera le nerf et le nerf seul. »

Nicoladoni, en 1881, supprima la portion horizontale de l'incision de *Sonnenburg*, et fit seulement une incision verticale commençant au niveau du lobule de l'oreille et finissant à l'angle du maxillaire.

En 1883, dans une discussion dont nous avons déjà parlé,

le procédé de *Sonnenburg* fut étudié à la Société de Chirurgie. *M. Marc Sée* constata que, pendant l'opération, on ne voit jamais le nerf, même en se servant d'un éclairage spécial; on peut donc, quoi qu'en dise *Sonnenburg*, léser le nerf lingual ou l'artère dentaire; d'autre part, la désinsertion du ptérygoïdien entraîne une gêne de la mastication plus ou moins longue. *M. Chauvel* ajouta que l'épine de Spix est à près de 3 centimètres de l'incision cutanée, et qu'il faut aller chercher le nerf plus loin encore: « Il y aurait donc, dit-il, peut-être avantage à diminuer l'incision horizontale pour augmenter l'incision verticale, que l'on fait remonter à 35 ou 40 millimètres au-dessus de l'angle de la mâchoire; l'entrée du canal est à 1 centimètre seulement du bord postérieur de l'os, tandis qu'il est à 3 centimètres de son bord inférieur; en outre, le tronc nerveux est protégé, en bas et en avant, par un rebord osseux, tandis qu'il est libre en arrière: toutes raisons pour l'attaquer de ce côté. » Malheureusement, ainsi que le constata *M. Berger*, plus on fait remonter la branche verticale de l'incision, plus on s'expose à léser la parotide, les branches cervico-faciales du nerf facial, des artères importantes.

Le chemin rétro-maxillaire est donc loin d'être tout à fait satisfaisant. Il est beaucoup trop indirect; nous en dirons autant des procédés décrits par *Kühn* et par *Von Bruns*, procédés bâtards, qui, voisins des précédents par le siège de l'incision, comprennent de plus qu'eux une résection de l'angle ou du bord postérieur du maxillaire inférieur, et vont ainsi nous acheminer vers les procédés transmaxillaires proprement dits, qui perforent cet os plus en avant.

Le procédé de *Kühn* date de 1858. « A travers les parties molles, on arrive, dit-il, par une incision légèrement recourbée jusqu'à l'os; on décolle d'arrière en avant le périoste avec une rugine, jusqu'à ce que l'angle du maxillaire soit

libre sur l'étendue d'un triangle de $\frac{3}{4}$ de pouce de côté et de 1 pouce de base. On désinsère le ptérygoïdien jusqu'à ce qu'une spatule puisse contourner le bord inférieur de l'os, dont on va couper à l'ostéotome une portion ayant la forme

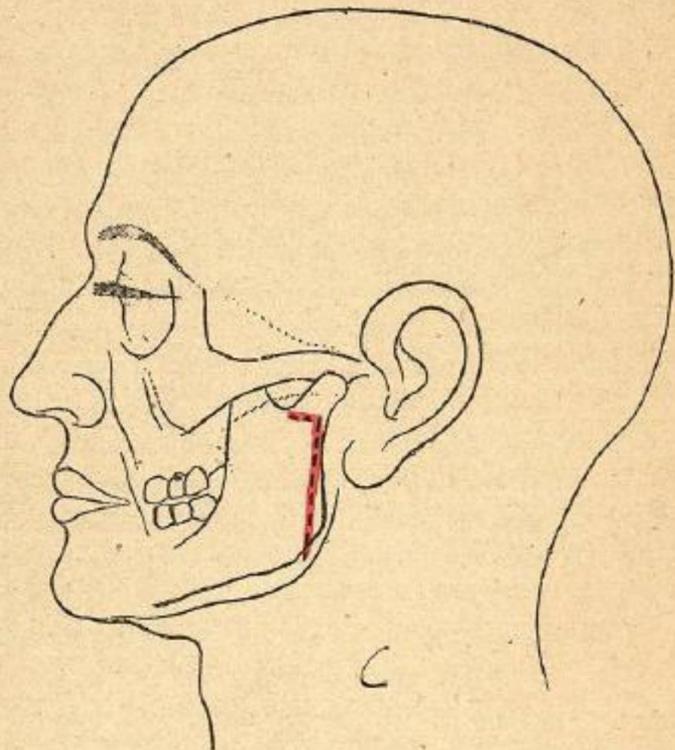


Fig. 335 bis. — Incision de Walter, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire : branche verticale suivant le bord postérieur de la branche montante et branche horizontale très courte, partant de l'extrémité supérieure de la première.

d'un angle aigu. Ceci fait, on récline encore un peu davantage le ptérygoïdien, on enlève encore quelques fragments osseux avec la pince de Liston. On aperçoit alors l'épine de Spix, on charge le nerf sur une aiguille à anévrysme et on en excise un fragment de 1 centimètre environ. L'extrémité

périphérique est poussée avec l'aiguille dans le canal, dont on défonce la paroi antérieure. »

Von Bruns, dès l'année suivante, fit observer que, si l'on veut enlever une pièce osseuse triangulaire, il faut, pour que

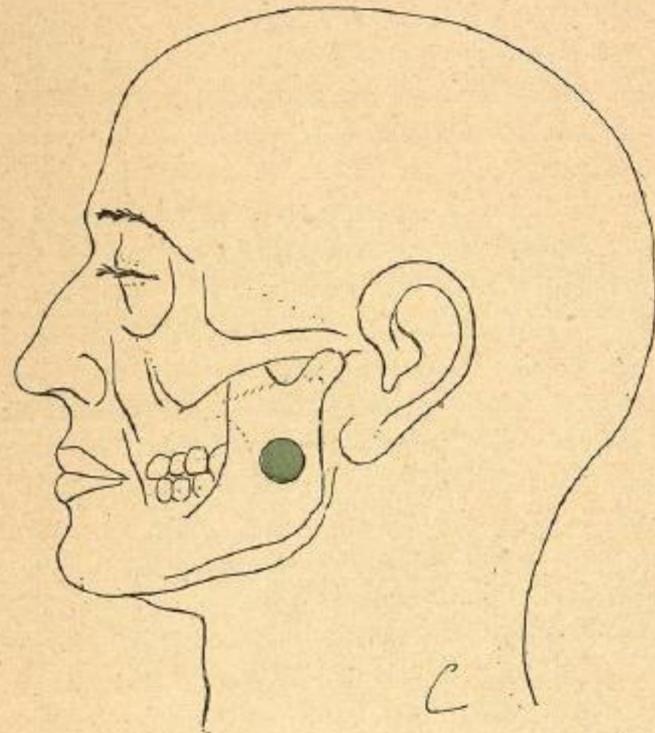


Fig. 336. — Point d'attaque de l'os pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire, suivant Walter : couronne de trépan de 1 centimètre.

son bord antérieur atteigne l'épine de Spix, qu'elle soit considérable, remontant jusqu'à l'apophyse articulaire et allant en avant jusqu'à la quatrième alvéole. Aussi propose-t-il d'opérer un peu différemment : « Le malade étant placé sur la table d'opération, la tête tournée du côté sain et de façon que la lumière arrive d'arrière en avant sur l'angle

du maxillaire, on fait au bistouri convexe une incision suivant le bord du maxillaire depuis le lobule de l'oreille jusqu'à l'artère faciale et comprenant seulement la peau; on décolle la lèvre antérieure de la plaie jusqu'à ce qu'on ait bien libéré le bord de la parotide, que l'on récline alors en arrière, en coupant les petites branches du facial qui la retiennent. Les attaches du masséter sont désinsérées au bistouri de la face externe du maxillaire, en commençant au niveau de l'angle et en libérant toute la partie d'os que l'on doit scier. Ensuite, avec les doigts et des crochets, les bords de l'angle supérieur de la plaie sont bien écartés, la parotide protégée et, avec la scie à crête de coq ou avec l'ostéotome, on mène un trait horizontal, long de 1 à 1 centimètre 1/2, partant du bord postérieur du maxillaire à 3 ou 3 centimètres 1/2, au-dessus de l'angle, puis un trait vertical de l'extrémité antérieure du premier au bord inférieur de l'os. La pièce osseuse rhomboïdale ainsi délimitée est débarrassée des dernières attaches que présente sa face interne au ptérygoidien; le nerf, au moment de son entrée dans le canal osseux devient parfaitement visible, et rien n'est plus facile que de le libérer, de le saisir avec une pince, de le tirer fortement en arrière, puis de le couper, d'abord le plus haut possible, ensuite profondément dans le canal, ce qui enlève, en outre, un fragment du nerf mylo-hyoïdien. »

d) Le quatrième chemin, chemin transmaxillaire, prête à des techniques plus simples et qui permettent de réséquer à moins de frais et très haut une longue étendue du dentaire inférieur. On en a proposé de nombreuses. Nous allons les passer en revue par ordre de date, sans leur chercher, vu la grande similitude qu'elles offrent les unes avec les autres, une classification plus rationnelle.

La première décrite paraît appartenir à *Walter* : « Le 29 juillet 1826, dit-il, pour chercher le nerf dentaire infé-

rieur avant son entrée dans le canal, je mis à nu la branche montante par une incision longitudinale suivant son bord postérieur et complétée par une petite incision transversale partant de l'extrémité supérieure de la première; puis j'enlevai une couronne de trépan de 1 centimètre de diamètre, que je soulevai au tire-fond et qui présenta sur sa face interne les traces très nettes du sillon dentaire. Comme à la fin de l'opération le malade ressentit tout à coup une douleur excessivement vive, je pensai que le nerf avait été coupé par la couronne de trépan, et je n'allai pas à sa recherche. Les crises cessèrent pendant cinq mois. »

Deux ans après, en 1828, *Warren*, à qui l'on rapporte à tort la priorité de ce groupe d'opérations, procéda à très peu près comme *Walter*. « Je fis, dit-il, une incision allant de l'échancrure sigmoïde au bord inférieur du maxillaire, et découvrant la parotide et le masséter. Puis je divisai transversalement quelques-unes des fibres de celui-ci et mis à nu la face externe de l'os. Sur celle-ci j'appliquai une couronne de trépan de 3/4 de pouce de diamètre à 1/2 pouce au-dessous de l'échancrure sigmoïde, et à égale distance des bords antérieur et postérieur de la branche montante; je soulevai la table externe avec un levier, la table interne avec des pinces. Ceci fait, je recherchai le nerf dentaire, dont l'attouchement au stylet provoqua une vive douleur, et j'en excisai un demi-pouce. Ligature des vaisseaux, réunion de la plaie parotidienne par une suture et de la plaie cutanée par des bandelettes. »

Velpeau, en 1839, trouva « qu'il serait mieux d'inciser les parties en demi-lune et obliquement, depuis le lobule de l'oreille jusqu'au bord de la mâchoire et le devant du masséter, dont il conviendrait de couper et de relever les fibres d'arrière en avant; appliqué sur la base de l'apophyse coronoïde, au niveau de l'échancrure sigmoïde, le trépan tombe

juste sur le nerf et peut même servir à le diviser du même coup ».

Schub, en 1856, tailla un large lambeau à base supérieure, s'étendant de l'échancrure sigmoïde au bord inférieur de la

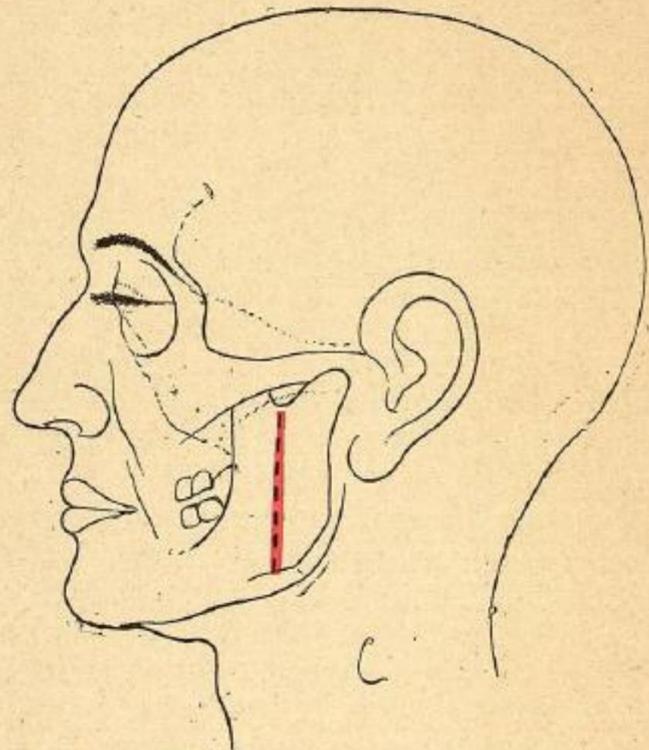


Fig. 337. — Incision de Warren, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire: allant de l'échancrure sigmoïde au bord inférieur du maxillaire.

branche montante et ayant toute la largeur de celle-ci. A travers l'orifice de trépanation, le nerf parfaitement visible fut sectionné en bas, puis en haut, et la partie intermédiaire réséquée, après section de quelques petites branches pénétrant dans l'os. Les crises ayant récidivé six mois plus tard, il

intervint de nouveau, dans le but spécial de réséquer le nerf mylo-hyoïdien qui, naissant, sans doute très haut, ne paraissait pas avoir été sectionné. Cette fois, les parties molles

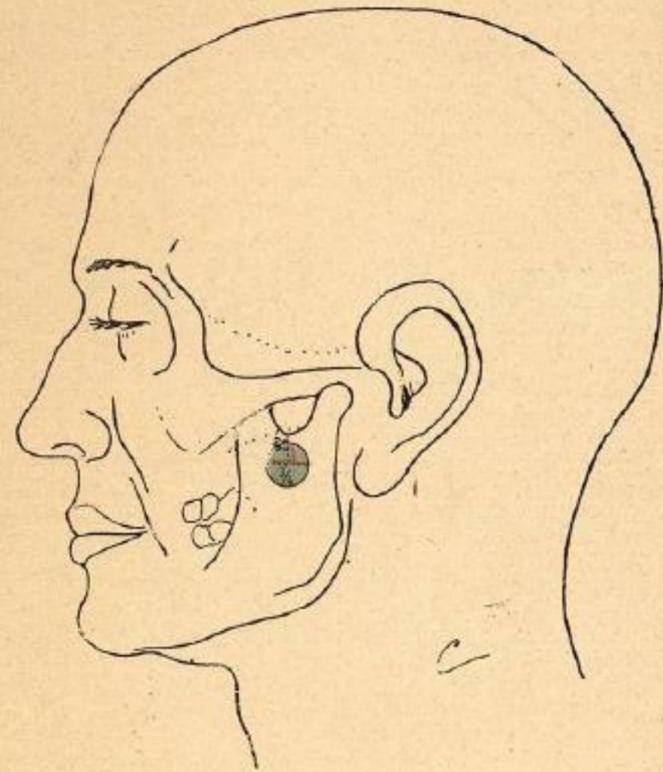


Fig. 338. — Mode d'attaque de l'os pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire, suivant Warren: couronne de trépan de $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre, à $\frac{1}{2}$ pouce au-dessous de l'échancrure sigmoïde, à égale distance des bords antérieur et postérieur de la branche montante.

furent incisées depuis la commissure des lèvres jusqu'à $\frac{6}{10}$ de pouce en arrière de l'angle du maxillaire, et la branche montante dénudée jusqu'à l'échancrure sigmoïde. La mince lamelle osseuse qui fermait l'orifice de l'ancienne trépanation fut coupée avec la scie à crête de coq et décollée avec une

spatule du muscle ptérygoïdien et d'une masse conjonctive qui apparut dans la partie postéro-supérieure de l'orifice. Schuh se mit en devoir d'extirper cette masse, pensant qu'elle englobait le bout supérieur du nerf; mais il en résulta une

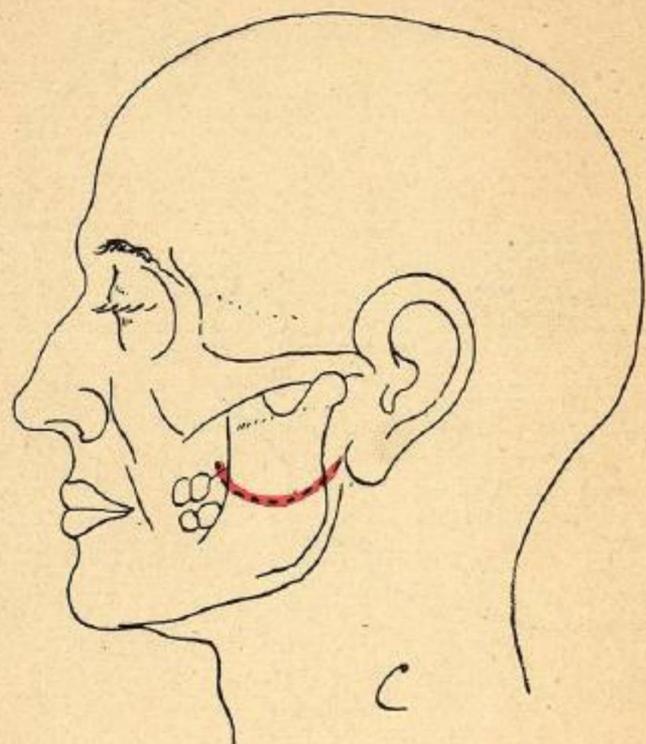


Fig. 339. — Incision de Velpeau, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire : en demi-lune et oblique, depuis le bord de l'oreille jusqu'au bord de la mâchoire et au-devant du masséter.

hémorragie formidable, probablement par lésion de l'artère maxillaire interne, ce qui nécessita la ligature de la carotide primitive. Malgré cet accident, le chirurgien continua l'opération du côté du nerf et, pour avoir plus de jour, réséqua toute la branche montante en la sectionnant transversalement,

d'abord au niveau de l'orifice de trépanation, puis en avant de l'angle du maxillaire.

En 1858, *Wernher* « employa une incision suivant le bord du maxillaire, de 1 centimètre au-dessus de son angle à l'artère

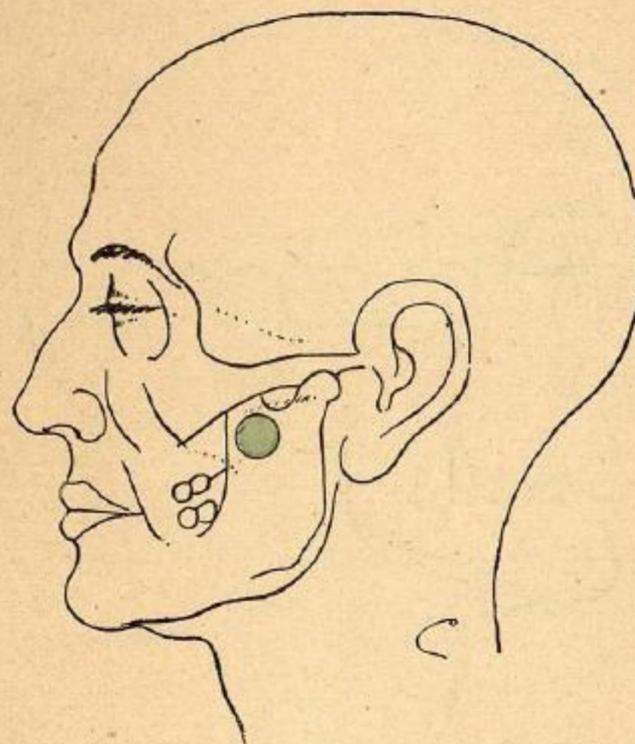


Fig. 340. — Mode d'attaque de l'os pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal par la voie transmaxillaire, suivant Velpeau : sur la base de l'apophyse coronoïde, au niveau de l'échanéure sigmoïde.

faciale, et rabattit un lambeau à base antéro-supérieure contenant le masséter désinséré », avant d'appliquer le trépan.

Von Bruns, en 1859, proposa de faire l'incision sur la partie moyenne de la branche montante, depuis le zygoma jusqu'au bord inférieur du maxillaire, en ne coupant que la peau.

« Puis, dit-il, à petits coups de bistouri, on ira jusqu'à l'os, en ménageant la parotide, dont on dégagera le bord antérieur et que l'on réclinera en arrière et en haut.

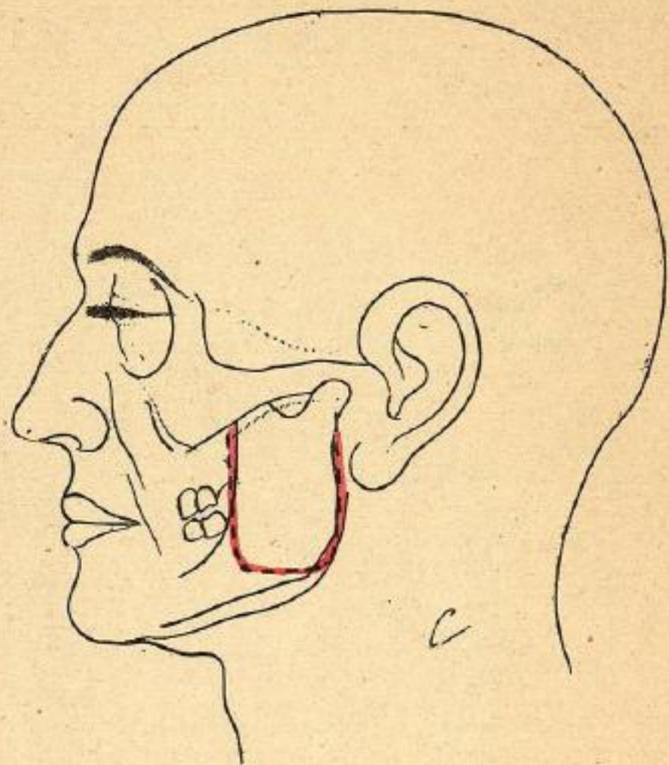


Fig. 341. — Incision de Schub, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire: circonscrivant un large lambeau à base supérieure, étendu de l'échancrure sigmoïde au bord inférieur de la branche montante et ayant toute la largeur de celle-ci.

Alors, à l'aide de deux petites incisions transversales, faites sur le masséter, on mettra à nu la face externe de la branche montante sur une étendue suffisante pour pouvoir appliquer, à une ou deux lignes au-dessous de l'échancrure sigmoïde, une couronne de trépan de 1 1/2 à 2 centimètres de

diamètre. La rondelle osseuse devra comprendre en haut toute l'épaisseur de l'os, en bas seulement sa partie externe en dehors du canal du nerf, ce qu'on obtiendra en arrêtant la trépanation lorsqu'elle a traversé en haut toute l'épaisseur de

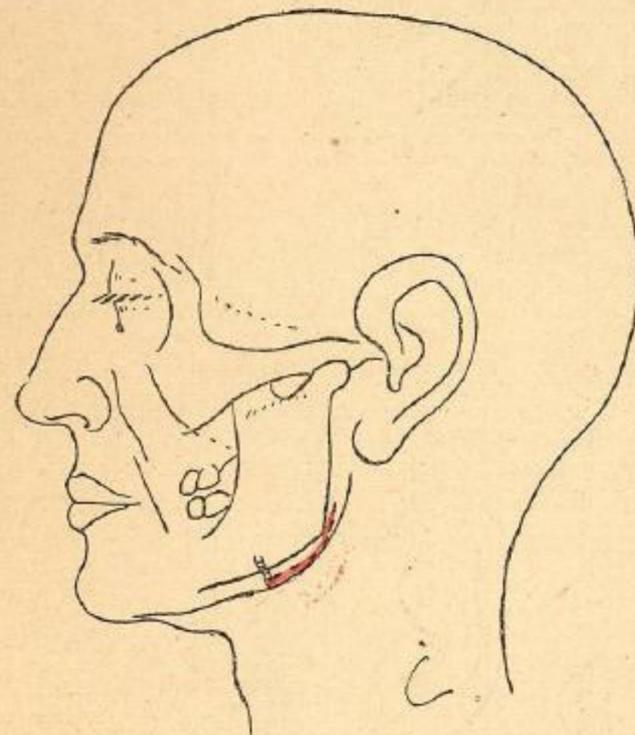


Fig. 342. — Incision de Werber, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire: suivant le bord du maxillaire, de 1 centimètre au-dessus de son angle à l'artère faciale.

l'os, à ce niveau moins épais, et en arrachant alors la rondelle avec une pince à os. Ceci fait, on trouvera le nerf, vis-à-vis de la moitié supérieure de l'orifice, englobé dans du tissu cellulo-adipeux, et plus bas appuyé sur la paroi interne du canal osseux. En avant et en dedans de lui se trouve le nerf lingual,

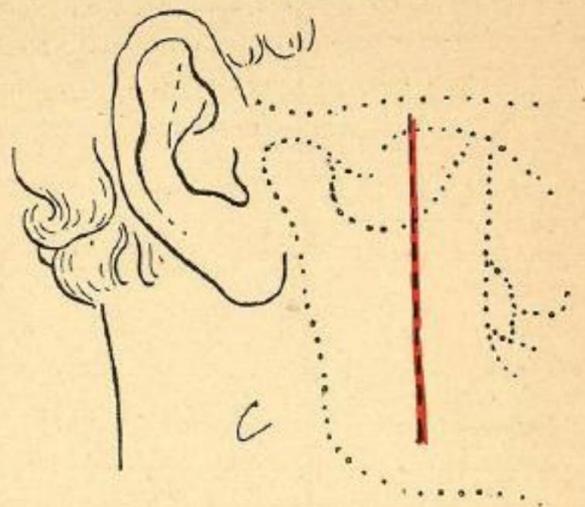


Fig. 343. — Incision de Von Bruns, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire : sur la partie moyenne de la branche montante, depuis le zygoma jusqu'au bord inférieur du maxillaire.

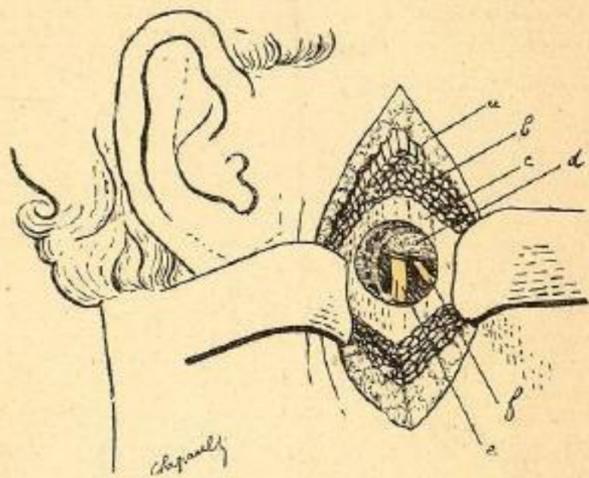


Fig. 344. — Découverte du nerf dentaire inférieur, après incision de Von Bruns (d'après cet auteur). — a, peau et tissu cellulaire; b, masséter; c, branche montante avec l'orifice de trépanation; d, muscle ptérygoidien externe; e, nerf dentaire inférieur avec son rameau mylo-hyoïdien; f, nerf lingual.

au-dessous l'artère dentaire inférieure. On isolera le nerf dentaire des parties environnantes, on le saisira, on l'attirera avec une pince à large mors et on le coupera le plus haut, puis le

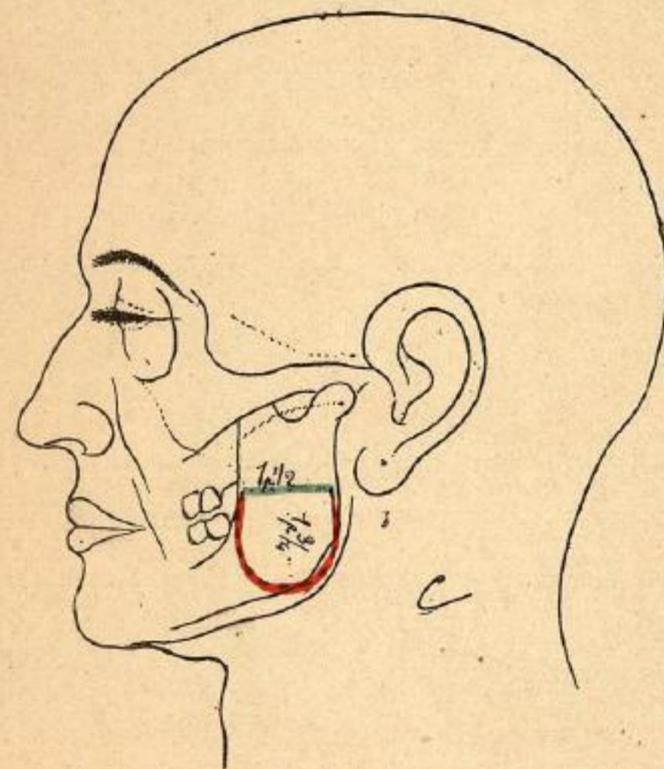


Fig. 345. — Incision d'Agnew, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal par la voie transmaxillaire : en fer à cheval de 1 pouce 1/2 de largeur à sa base et de 1 pouce 3/4 de flèche, avec son extrémité inférieure au niveau du bord inférieur du maxillaire.

plus bas possible. On en aura ainsi réséqué une longueur de 2 centimètres. »

Agnew, en 1878, fit une incision en fer à cheval sur la branche montante et le masséter, « en dirigeant la convexité en bas et en lui donnant 1 pouce 1/2 de largeur à sa base et 1 pouce 3/4 de flèche, son extrémité inférieure arrivant jus-

qu'au bord inférieur du maxillaire. Le lambeau fut relevé, exposant la face externe de la branche montante, que l'on attaqua à la tréphine, 1/2 pouce au-dessus de l'angle et 5/8 de pouce en arrière de la dernière molaire. Le nerf se montra

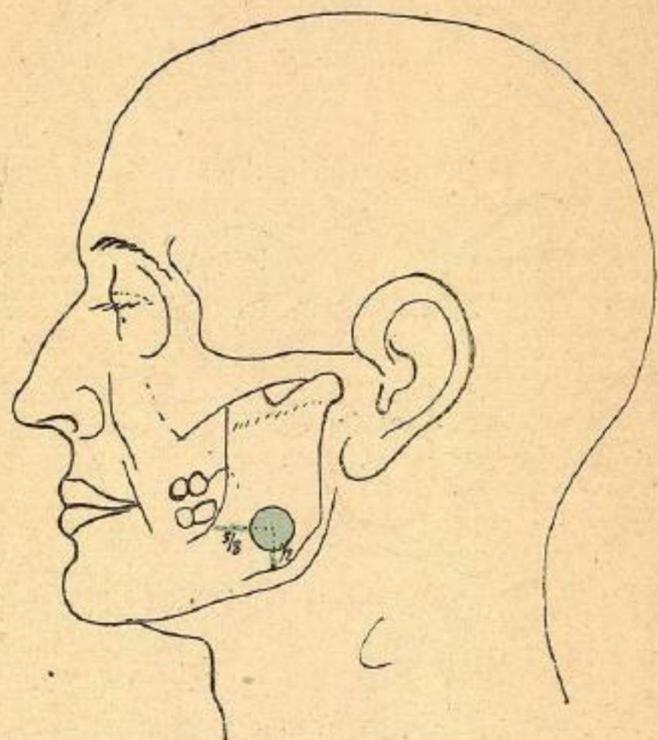


Fig. 346. — Point d'attaque de l'os pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire, suivant Agnew : 1/2 pouce au-dessus de l'angle et 5/8 de pouce en arrière de la dernière molaire.

au niveau de sa sortie du canal avec l'artère qui l'accompagne et fut réséqué sur la plus grande longueur possible. L'hémorragie par l'artère dentaire inférieure fut considérable et nécessita pendant douze heures, le tamponnement de la plaie. »

Dubreuil, en 1891, circoncrivit la partie inférieure du masséter

par une incision en U, dont la partie inférieure correspondait au bord inférieur du maxillaire et dont les branches n'avaient guère plus de 1 centimètre de hauteur. « J'évitai ainsi, dit-il, l'artère faciale, la parotide et le canal de Sténon. Je coupai forcée-

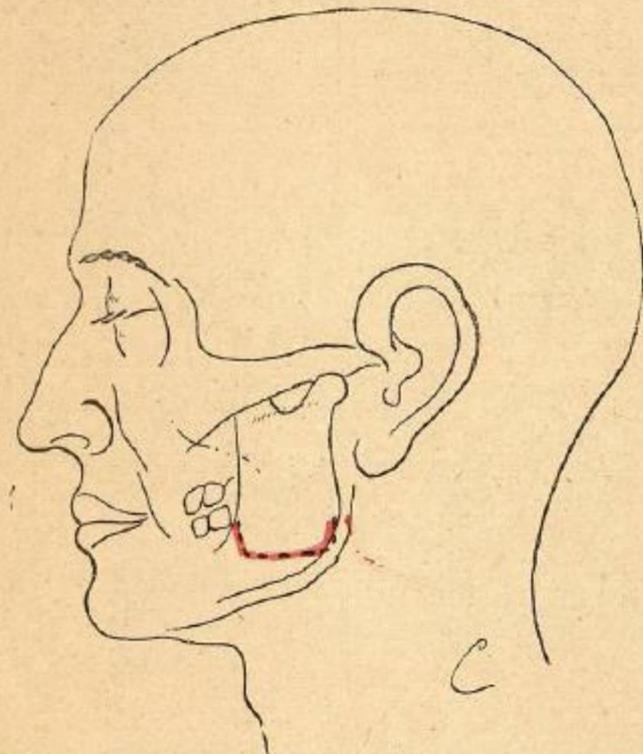


Fig. 347. — Incision de Dubreuil, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire : circonscrivant l'extrémité inférieure du masséter, les branches verticales n'ayant pas plus de 1 centimètre de hauteur.

ment quelques filets du nerf facial, lésion inévitable en pareil cas; mais il me parut qu'en agissant ainsi je réduisais les dégâts au minimum. Je fis écarter fortement, en haut et en bas, les lèvres de la plaie et, à l'aide d'une rugine, je détachai l'insertion du masséter. Je sectionnai, chemin faisant, deux artè-

rioles, qui furent saisies avec des pinces à forcipressure. J'appliquai à la hauteur voulue la plus petite des trois couronnes que l'on trouve dans les boîtes à trépan de Collin, et, la lamelle osseuse enlevée, je tombai sur une masse rougeâtre

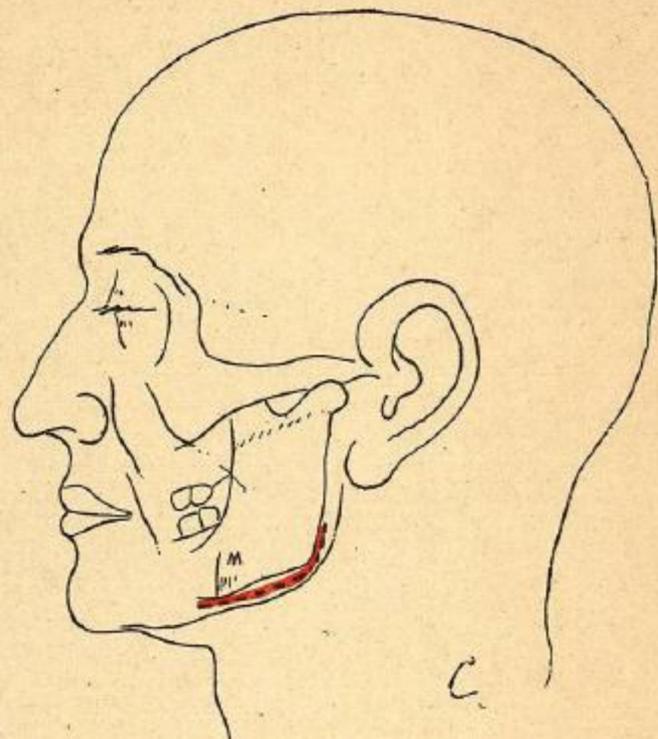


Fig. 348. — Incision de Chalot, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire : suivant l'angle de la mâchoire, en commençant à 1 centimètre au-dessus de l'angle et s'arrêtant en bas à 1 centimètre en-devant du bord antérieur du masséter.

dans laquelle il me fut impossible de distinguer le nerf. Je me décidai, en conséquence, à attaquer énergiquement avec le thermocautère l'ensemble des parties molles qui apparaissent dans la perte de substance que je venais de faire subir à l'os. Il n'y eut aucun écoulement sanguin. »

Enfin, *Chalot*, en 1893, joignit à la section transmaxillaire du nerf au-dessus du canal, sa découverte au trou mentonnier et l'arrachement de la portion intra-osseuse. Voici comme il décrit cette opération. « — 1^{er} temps. Diviser la peau et le

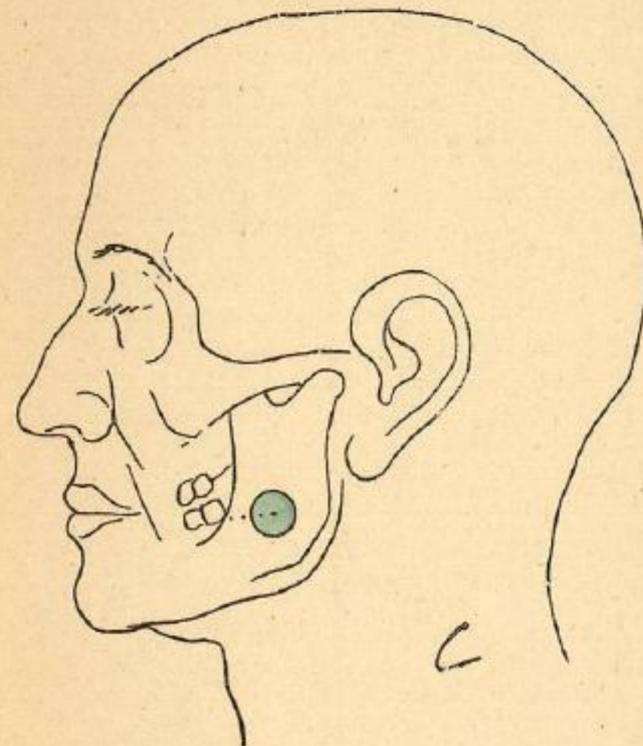


Fig. 349. — Mode d'attaque de l'os pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal, par la voie transmaxillaire, suivant Chalot : couronne de trépan au milieu de la face externe de la branche montante, sur le prolongement d'une ligne qui raserait le bord supérieur du corps de l'os.

muscle peaucier suivant le contour de l'angle de la mâchoire, en commençant à 1 centimètre $\frac{1}{2}$ ou 2 centimètres au-dessus de l'angle et en s'arrêtant en bas à 1 centimètre environ au devant de l'insertion du muscle masséter. Récliner la parotide en arrière, lier l'artère faciale et la veine faciale devant le masséter,

puis diviser le périoste dans toute l'étendue de l'incision cutanée. Avec la rugine, dénuder la face externe du maxillaire. Pendant qu'un aide relève le lambeau musculo-cutané, appliquer une petite couronne de trépan ou la tarière conique du perforateur d'Hamilton au milieu de la face externe de la branche montante de la mâchoire, sur le prolongement d'une ligne qui raserait le bord supérieur du corps de l'os, ou, si l'on veut encore, à 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'angle. C'est là que se trouve l'orifice postérieur du canal dentaire. Agrandir la brèche avec le ciseau et le maillet jusqu'à ce que le nerf soit découvert dans une étendue de 1 centimètre au delà et en deçà de son entrée. Diviser le nerf aussi haut que possible, de préférence avec le thermocautère, pour oblitérer en même temps l'artère satellite. — 2^e temps. A égale distance du bord supérieur et du bord inférieur de la mâchoire, dans le sillon gingivo-labial, diviser la muqueuse horizontalement dans l'étendue de 2 centimètres, de façon que le milieu de l'incision corresponde à l'intervalle des deux petites molaires; rechercher le nerf mentonnier et le sectionner au ras de l'os. — 3^e temps. Revenir à la première opération, saisir le bout périphérique du nerf avec une pince à verrou, l'enrouler sur le mors et exercer une forte traction pour amener la portion intra-osseuse du nerf déjà libéré au trou mentonnier. »

V. PROCÉDÉS PERMETTANT D'ATTAQUER A LA FOIS LE DENTAIRE INFÉRIEUR ET LE LINGUAL AU NIVEAU DE L'ÉPINE DE SPIX. — Dans presque toutes les opérations que nous venons de décrire pour aller à la recherche du nerf dentaire inférieur au-dessus de son canal osseux, l'opérateur a soulevé les yeux, en même temps que le nerf dentaire, le nerf lingual. Nous avons vu, en outre, à propos de ce dernier nerf, qu'un certain nombre de chirurgiens avaient été l'attaquer seul, aux environs de l'épine de Spix, par des procédés qui, nous devons le dire, sont bien peu différents de ceux qui s'attaquent

au nerf dentaire au même niveau. Nous serions incomplets si nous ne disions que d'autres chirurgiens ont opéré en ayant pour but à la fois le nerf lingual et le nerf dentaire inférieur.

Parmi les techniques décrites pour mener à bien cette double résection, une seule diffère assez de celles décrites soit pour le nerf lingual, soit pour le nerf dentaire pour mériter

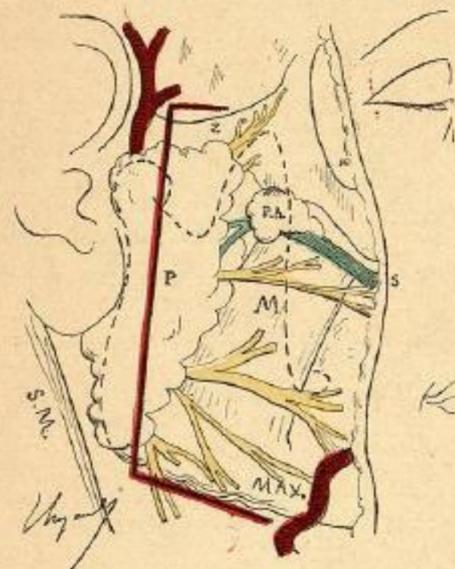


Fig. 350. — Procédé d'Horsley, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal par la voie transmaxillaire. Incision et premier temps. — Z. Zygoma. — P. Parotide; — pa, parotide accessoire. — S. Canal de Sténon. — M. Masséter. — MAX. Maxillaire inférieur. — SM. Sterno-mastoidien (d'après Horsley).

d'être signalée, c'est la technique récente (1886) d'*Horsley* qui permet de suivre les deux nerfs presque jusqu'à la base du crâne.

« La peau, dit-il, ayant été lavée et savonnée à fond, est couverte, avant l'opération, d'un lint imbibé de solution phéniquée à 1/30. Immédiatement avant d'intervenir, elle est époncée avec une solution chaude et le méat auditif, bien nettoyé, est rendu aseptique par une insufflation de