

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

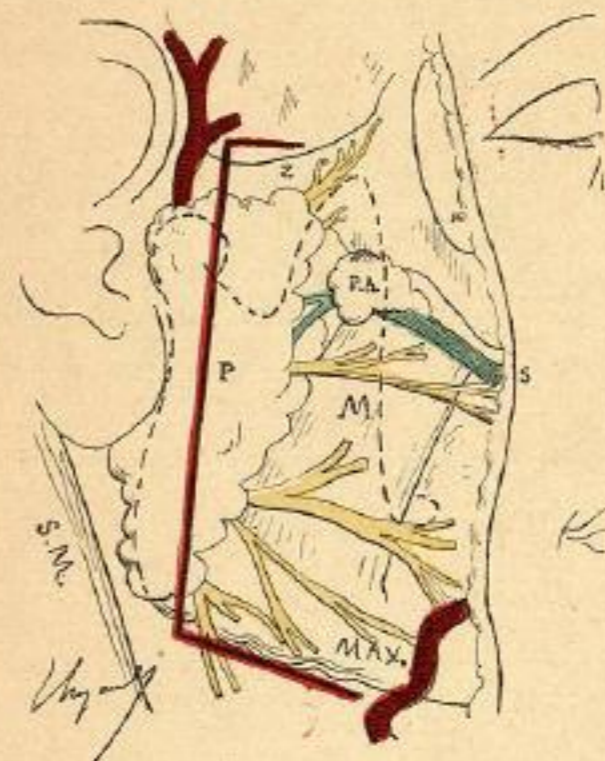


Fig. 350. — Procédé d'Horsley, pour la découverte du nerf dentaire inférieur au-dessus du canal par la voie transmaxillaire. Incision et premier temps. — Z. Zygoma. — P. Parotide; — *pa*, parotide accessoire. — S. Canal de Sténon. — M. Masséter. — MAX. Maxillaire inférieur. — SM. Sterno-mastoidien (d'après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

poudre d'acide borique et bourré d'ouate stérilisée. Le patient est anesthésié, de préférence avec du chloroforme, qui congestionne moins la face. Une incision est faite, commençant sur le bord supérieur du zygoma et comprenant seulement la peau et le tissu cellulaire, puis descend devant le tragus et suit le bord du maxillaire inférieur jusqu'à l'artère faciale.

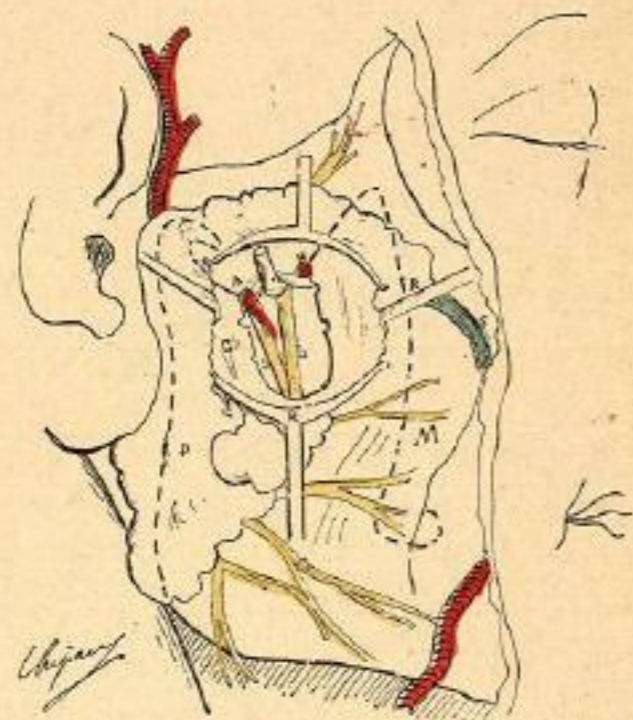


Fig. 351. — Procédé d'Horsley, deuxième temps. — A et B. Artère maxillaire interne. — C. Branche montante. — D. Nerf dentaire inférieur. — L. Nerf lingual. — P. Parotide. — S. Canal de Sténon. — M. Masséter. — R. Écarteur d'Horsley (d'après Horsley).

Le lambeau ainsi délimité est libéré, le bistouri coupant la nappe de tissu cellulo-conjonctif qui recouvre directement l'aponévrose massétérine; dans celle-ci se ramifie le nerf facial. Le lambeau est alors attiré en avant et en haut, de façon à rendre libre le bord antérieur du masséter. La parotide et le bord inférieur du canal de Sténon deviennent très appréciables, l'étendue sur laquelle la parotide recouvre le canal de Sténon variant du reste suivant les individus, ce qui n'a pas

d'importance. Il est plus intéressant de savoir que parfois un certain nombre de lobules glandulaires se détachent du bord antérieur de la glande, recouverts seulement par une mince couche du fascia parotidien. Il faut prendre grand soin de ne pas les blesser, car il en pourrait résulter pendant quelques jours un écoulement salivaire à travers la plaie. Il s'agit maintenant de diviser l'aponévrose et le muscle entre le canal de Sténon et la branche la plus élevée du facial. L'aponévrose est tout d'abord saisie avec une pince à disséquer et divisée. Comme la traction sur un nerf, faite avec un crochet, peut l'endommager sérieusement, il me semble qu'il est avantageux de se servir d'écarteurs convexes du côté des tissus réclinés: le côté concave, nickelé, agit comme un réflecteur et éclaire la profondeur de la plaie; avec des rétracteurs de ce genre, on peut écarter les lèvres de l'incision aponévrotique de 3 centimètres. La parotide est ensuite réclinée du côté de l'oreille, de sorte que le doigt peut sentir facilement le bord postérieur du maxillaire. Le masséter est divisé de préférence avec des ciseaux sur les deux tiers postérieurs de sa largeur. L'hémorragie qui se fait par les branches de l'artère massétérine est rapidement arrêtée avec une éponge trempée dans une solution chaude, ou par la simple pression des écarteurs. Le périoste de l'os est récliné avec les muscles, et, ceci fait, le doigt et la lumière électrique (qui est indispensable et doit être fixée sur le front de l'opérateur) permettent de localiser très exactement l'échancrure sigmoïde, le bord postérieur de l'apophyse coronoïde et le bord antérieur de l'apophyse articulaire. Les manœuvres sur l'os vont avoir pour but d'étendre l'échancrure sigmoïde jusqu'au trou dentaire. Celui-ci est, chez l'adulte, à 12 ou 15 millimètres (mesurés suivant la verticale de la branche montante) au-dessous de la limite inférieure de l'échancrure. Pour prévenir une fracture possible du maxillaire et faciliter sa section ultérieure à la pince cou-

pante, je pense qu'il vaut mieux d'abord marquer avec une vrille, au sommet de l'U à enlever, le siège présumé du trou, puis de faire avec le même instrument, sur chacune des branches montantes, plusieurs de ces perforations, traversant complètement et seulement l'os. On se servira de préférence de la pyramide de la tréphine de Farabeuf. Puis en enlèvera une couronne d'os d'un petit centimètre au niveau de l'orifice du canal; si l'on tombe juste, on aperçoit le périoste de la face interne de l'os, et, après l'avoir excisé, l'artère dentaire inférieure, puis, en arrière et au-dessous, le nerf. Si l'on ne voit pas celui-ci, c'est qu'il est caché par le bord postérieur de l'orifice osseux, et on va délicatement à sa recherche de ce côté. Il est utile de le fixer, lorsqu'on l'a trouvé, avec un fil de soie. Le reste de la partie osseuse délimitée par les trous de vrille est enlevé à la pince coupante, de préférence avec les pinces à os courbes que m'a fabriquées M. Hawskley, Oxford Street. L'artère maxillaire interne avec la naissance de la dentaire inférieure est alors visible. Si elle est volumineuse, à parois dégénérées, on la coupera entre deux ligatures et on refoulera les bouts sous les lèvres de la plaie. Le tissu cellulo-adipeux, remplissant le champ opératoire, gênerait les temps ultérieurs de l'opération; on en extrait quelques gros flocons avec des pinces à dissection. Le nerf dentaire, fixé par la ligature tout à l'heure passée autour de lui, est coupé le plus bas possible, tandis que le tissu graisseux en est fortement écarté. On le suit ensuite en haut jusqu'au point où il vient d'en dessous le ptérygoïdien externe; le muscle est soulevé avec des écarteurs. Le nerf peut ainsi être coupé à 1 centimètre environ du trou ovale et la pièce intermédiaire aux deux sections enlevée. — Pendant ces manœuvres, le nerf lingual s'est ordinairement montré; sinon, on se rappelle qu'il est plus profond d'un demi-pouce que le nerf dentaire et juste sur le milieu de la branche montante, au niveau du trou

dentaire; on le cherchera de ce côté. On le résèque de la même manière que le nerf dentaire. — La plaie est épongée avec une solution chaude de sublimé, tous les points saignants liés avec de fins catguts, un petit drain conduit de l'orifice osseux à l'angle du maxillaire, et la plaie fermée à l'aide de crins de cheval, écartés de 1 centimètre. Pansement léger de gaze et de coton, fixé avec une bande de mouseline. — Pendant quatre ou cinq jours, l'opéré est nourri de bouillie, puis quelque temps encore après d'aliments faciles à mastiquer. Il est remarquable de voir combien vite la mastication redevient normale. Il se fait parfois, plusieurs semaines après la guérison de la plaie, un épanchement de sérosité dans les tissus de la joue, qui ne doit pas inquiéter et disparaît de lui-même. »

VI. PROCÉDÉS D'ATTAQUE DE LA TROISIÈME BRANCHE DU TRIJUMEAU AU NIVEAU DU TROU OVALE. — Avant de décrire les procédés opératoires qui permettent d'atteindre la III^e branche du trijumeau plus haut encore que le procédé précédent, au niveau même du trou ovale, il nous semble utile de préciser, à propos de la nouvelle région en présence de laquelle va se trouver le chirurgien, *quelques détails anatomiques* peu connus.

Le trou ovale, et par conséquent le tronc de la III^e branche, est très profondément situé, à 4 1/2 ou 5 centimètres de la peau, tout à fait au fond et en arrière de la dépression cachée par la branche montante du maxillaire inférieur, à peu près sur une ligne transversale passant par la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

Le trou ovale est presque toujours caché par la partie supérieure de l'ogive osseuse qui joint le bord postérieur de la grande aile du sphénoïde à une petite épine située en avant de l'épine sphénoïdienne et que l'on peut appeler *rétro-ogivale*. Il est situé en dedans et sur un niveau plus élevé que le