

mauvaise condition pour la guérison aseptique de la plaie. Il vaut donc mieux l'éviter.

« 6<sup>e</sup> temps. — Par les temps précédents de l'opération, on a atteint le but cherché sans supprimer d'os ou de muscle important. Les diverses couches que l'on a traversées sont les unes relevées, les autres abaissées, et il ne reste qu'à les rabattre. C'est ce qu'on fera après désinfection de la plaie et placement d'un drain en arrière de la tubérosité maxillaire; le temporal et l'apophyse coronéide seront d'abord remis à leur place, et l'apophyse fixée au masséter par une suture périostée. Puis ce sera le tour de la couche zygomato-massétéline; le périoste zygomatique sera fixé par quelques points de catgut au périoste voisin de l'apophyse sphéno-frontale. Enfin, la peau sera suturée à son tour.

« L'opération ainsi comprise a, dans le cas où je l'ai faite, duré deux heures. »

Le procédé très satisfaisant décrit par Krönlein a été suivi par *Franh, Chalot*, et par un certain nombre d'autres chirurgiens qui n'ont point modifié la technique indiquée par cet auteur.

5<sup>o</sup> Résection intracrânienne du trijumeau.  
*Chirurgie du ganglion de Gasser.*

La tendance des chirurgiens ayant été, dans ces dernières années, d'attaquer le trijumeau le plus haut possible, il devait finir par s'en trouver d'assez hardis pour aller dans le crâne couper les branches de ce nerf, chercher et réséquer le ganglion de Gasser, même couper ou arracher au delà le tronc du trijumeau. En effet, à partir de 1891, des tentatives de ce genre ont été faites d'abord en Angleterre, puis en Allemagne, en Amérique, en France, en Italie, en Espagne.

Avant de décrire les procédés employés, nous croyons utile d'étudier rapidement *le siège et les rapports anatomiques* de la portion intracrânienne du trijumeau.

Le tronc du trijumeau sort de la partie latérale de la protubérance annulaire, au point où elle se continue avec le pédoncule cérébelleux moyen, par deux racines, l'une externe, très volumineuse, sensitive, l'autre interne, beaucoup plus petite, motrice. Elles se dirigent ensemble en avant et en dehors et passent dans l'orifice ovalaire formé par une petite dépression que présente la partie interne du bord supérieur du rocher et par le bord postérieur de la tente du cervelet qui passe au-dessus de cette dépression comme un pont, orifice bordé en bas par le sinus pétreux inférieur, en haut par le sinus pétreux supérieur. Immédiatement après l'avoir traversé, les deux racines se séparent, la sensitive se perdant dans le bord concave postéro-interne de l'énorme ganglion en haricot de la cinquième paire, le ganglion de Gasser. Ce ganglion est couché sur une petite dépression située à la partie la plus interne de la face antérieure du rocher. Il est extra-dural, recouvert par la dure-mère, qui adhère fortement à sa face supéro-externe; sa face inféro-interne n'est pas en contact direct avec l'os, mais en est séparée par une première nappe de tissu celluleux lâche, véritable bourse séreuse, et par une seconde nappe, plus dense, considérée par un certain nombre d'anatomistes comme un dédoublement de la dure-mère et qui sert de périoste à la partie correspondante de l'os. L'ensemble constitue la loge de Meckel, en rapport par sa partie antéro-inféro-interne avec la carotide interne au moment où elle sort de son canal osseux et par sa partie supéro-interne avec le sinus caverneux auquel elle adhère fortement. En ce point, le ganglion est, de son côté très adhérent à sa loge, et il en est de même de la 1<sup>re</sup> branche du trijumeau, branche ophtalmique, qui, naissant de l'extrémité interne de son bord intéro-

externe convexe, va suivre la paroi externe du sinus, en dehors du moteur oculaire externe, au-dessous du pathétique et du moteur oculaire commun, contenus comme lui dans

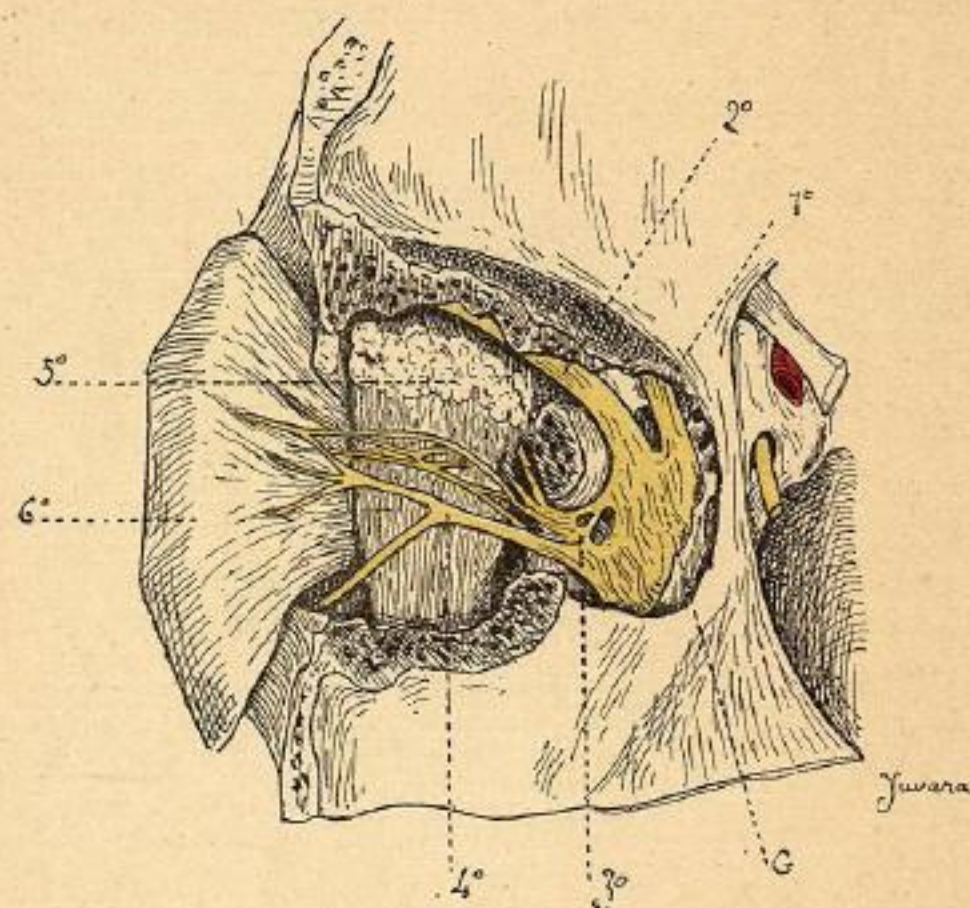


Fig. 387. — Cette figure et la suivante, montrant la fosse temporo-maxillaire, après resection de la partie de la base du crâne à son niveau, permettent de se rendre compte très exactement de la situation des parties intracranienues du trijumeau. — 1. Ganglion de Gasser. — 2. 1<sup>re</sup> branche. — 3. 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> branches. — 4. Filets temporaux de la 3<sup>e</sup> branche; au-dessous, on voit ses filets ptérygoïdiens externes. — 5. Attache basale du ptérygoïdien externe. — 6. Temporal désinséré à son insertion crânienne et rabattu en dehors.

l'épaisseur de cette paroi. La 2<sup>e</sup> branche, qui naît du même bord concave du ganglion vers sa partie moyenne, se dirige vers le trou grand rond. La 3<sup>e</sup> branche, qui naît de sa partie externe et est rapidement rejointe par la branche motrice

venant de croiser obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors la face inférieure du ganglion, se dirige vers le trou ovale. Les trois branches divergent donc, et, si la première perdue dans la paroi du sinus caverneux est inaccessible chirurgicalement, il n'en est point de même des deux autres

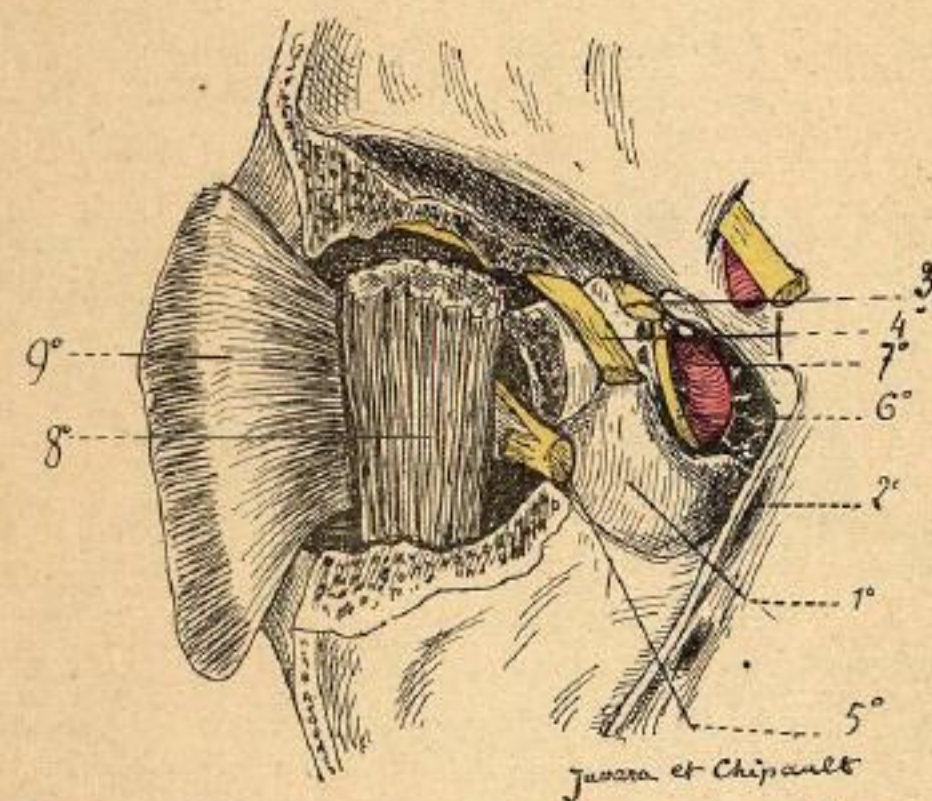


Fig. 388. — Même figure, avec le ganglion de Gasser enlevé. — 1. Fosse de Meckel. — 2. Orifice dural pour le tronc du trijumeau. — 3. 1<sup>re</sup> branche. — 4. 2<sup>e</sup> branche. — 5. 3<sup>e</sup> branche. — 6. Moteur oculaire externe. — 7. Carotide interne. — 8. Pterygoïdien externe. — 9. Temporal.

dont on doit connaître la direction et la longueur intracranienues.

W.-J. Taylor, pour la déterminer, ainsi que les distances des trous grand rond et ovale au trou de l'artère méningée, a fait récemment des recherches qui méritent d'être rapportées; ses mensurations sont exprimées en seizièmes de pouce. « La distance du trou grand rond au centre du ganglion varie de 8 à 16, avec une moyenne entre 13 et 13  $\frac{6}{20}$ . La

distance du trou ovale au même point varie de 2 à 9, avec une moyenne de  $5 \frac{12}{20}$ . La distance du centre du trou grand rond au centre du trou ovale varie de 6 à 13, avec une moyenne de  $9 \frac{0}{20}$  à  $10 \frac{7}{20}$ . La distance du centre du trou de l'artère méningée au centre du trou ovale varie de 2 à 9, avec une moyenne de  $4 \frac{15}{20}$ , et le centre du dernier est antérieur au centre du premier de 2 à 6, avec une moyenne de  $3 \frac{4}{20}$  à  $3 \frac{7}{20}$ . L'épaisseur de la lame osseuse qui sépare le

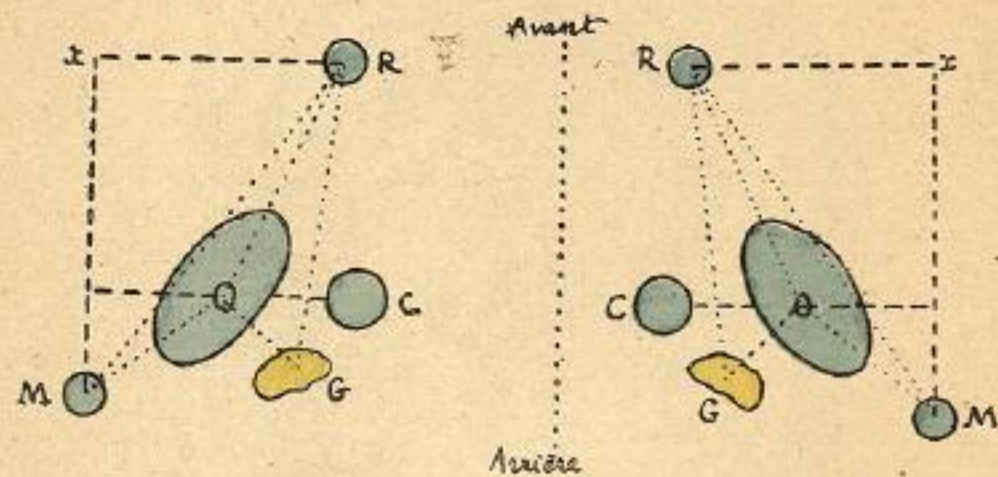


Fig. 389 et 390. — Rapports schématiques du trou ovale O, du trou grand rond R et du ganglion de Gasser G avec le trou de l'artère méningée M et le canal carotidien C. Voir, dans le texte, les longueurs habituelles des diverses lignes tracées sur cette figure (d'après W.-J. Taylor).

trou ovale du canal carotidien varie de 1 à 9, avec une moyenne de  $4 \frac{13}{20}$  à  $5 \frac{0}{20}$ . » En somme, ce qui ressort de ces chiffres et, plus nettement encore, des figures ci-jointes, c'est la variabilité des rapports des trous de la base qui nous intéressent : cette variation n'est nullement en corrélation avec les variations du crâne en général, et c'est tout au plus si l'on peut dire que les distances entre les trous sont plus grandes sur les crânes plus volumineux. Il est donc impossible de prévoir ces rapports, ce qui est surtout fâcheux pour les rapports du trou ovale avec les deux trous vasculaires voisins, surtout avec celui de l'artère méningée qui, parfois, se met si directe-

ment en dehors et si près de lui qu'il entraîne des difficultés opératoires bien difficiles à surmonter.

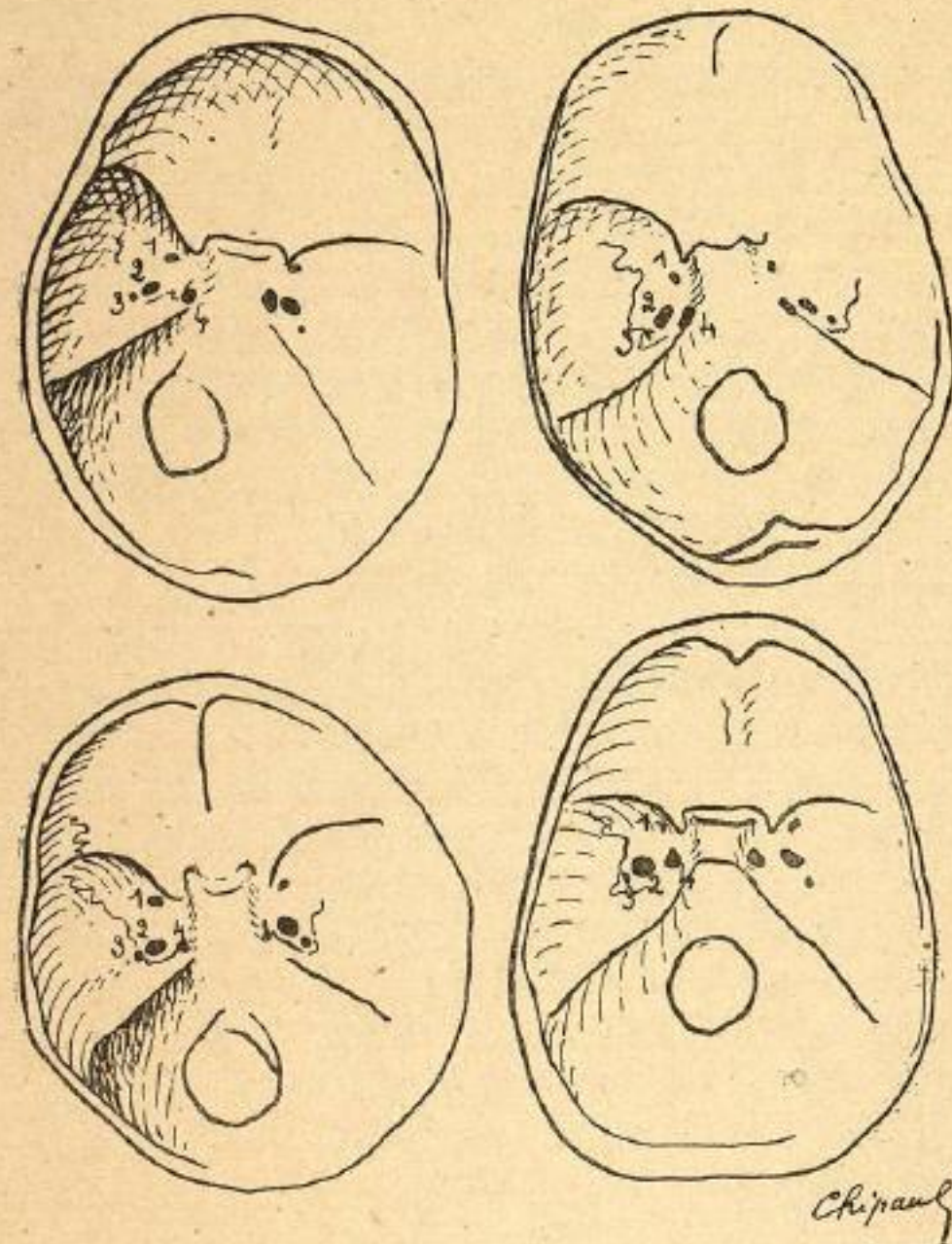


Fig. 391, 392, 393 et 394. — Disposition réciproque du trou grand rond (1) et du trou ovale (2) avec le trou de l'artère méningée (3) et l'orifice du canal carotidien (4) sur quatre bases du crâne, où ces rapports sont très différents (d'après W.-J. Taylor).

La région profonde et dangereuse que nous venons d'étudier peut être abordée par trois voies principales : la voie

transmaxillaire, la voie ptérygoïdienne et la voie temporale.

1. VOIE TRANSMAXILLAIRE. — La voie transmaxillaire comprend deux techniques également mauvaises. Elles entraînent, en effet, des dégâts considérables et inutiles, la première par résection de l'os maxillaire supérieur, la seconde par résection de la branche montante de l'os maxillaire inférieur.

La première appartient à *Rose*, qui n'entreprit — il le dit lui-même — une opération à résultat aussi peu esthétique que parce que l'os maxillaire supérieur était, dans toutes ses parties, le siège des douleurs atroces dont souffrait le patient. « La résection fut faite par les procédés ordinaires sans difficulté et, comme il arrive généralement, l'apophyse ptérygoïde se fractura à la base; cela donna un large accès vers le trou ovale, et l'on put appliquer sur la base du crâne une couronne de trépan dirigée en haut et un peu en arrière. Après l'ablation de la rondelle contenant le trou ovale, le ganglion fut facilement vu à l'aide d'une lampe électrique, sans laquelle il est complètement impossible de manœuvrer à cette profondeur. On enleva le ganglion par morcellement avec de fines pinces coudées. La plaie, à cause de la communication avec la bouche, ne put rester aseptique. »

La technique employée par *Novaro* n'eut pas, comme la précédente, l'excuse d'une indication thérapeutique. Elle nous semble cependant aussi peu satisfaisante et peut-être plus brutale encore. « Je fais, dit-il, dans la région massétérine, une incision en U, dont l'une des branches aboutit à la racine de l'arcade zygomatique, en avant du tragus, et l'autre à l'os malaire, en bas de la ligne dessinée par le bord postérieur du processus frontal de cet os. La base de l'U est à mi-hauteur du masséter. L'aire de peau ainsi circonscrite est disséquée et relevée, l'aponévrose temporale coupée par une incision parallèle au bord supérieur de l'arcade zygomatique. Celle-ci, divisée en deux points à ses extrémités antérieure et posté-

rieure, est enlevée avec une bonne portion du muscle masséter. Une nouvelle incision, contournant l'angle du maxillaire, permet, au moyen d'un lambeau à base antérieure, de le découvrir. L'opérateur divise l'artère faciale entre deux ligatures, scie la branche horizontale du maxillaire en arrière de la troisième molaire et, saisissant l'angle devenu mobile entre les mors d'une forte pince, exerce une traction vers l'extérieur et vers le haut; en même temps, il dégage l'os de ses attaches en sectionnant successivement le tendon du temporal, les insertions des deux ptérygoïdiens, les ligaments articulaires; il coupe le nerf dentaire inférieur ainsi que l'artère de même nom après ligature. La branche montante de l'os maxillaire est ainsi enlevée. Tandis qu'un aide relève le muscle temporal, on lie les vaisseaux musculaires qui donnent du sang, on racle la face inférieure de la grande aile du sphénoïde jusqu'à la hauteur de la ligne sous-temporale; puis, au moyen d'un ciseau, on attaque à petits coups la base de l'apophyse ptérygoïde et la grande aile du sphénoïde dans l'espace qui s'étend entre le trou grand rond et le trou ovale, en ayant soin de rester à une distance suffisante de la ligne médiane, afin de ne pas pénétrer dans le sinus sphénoïdal. La couche osseuse détruite, on décolle doucement la dure-mère, et, ayant découvert la II<sup>e</sup> et la III<sup>e</sup> racine du trijumeau, on les saisit au moyen de deux pinces qu'on confie à un aide, en lui recommandant de tendre les deux branches nerveuses, tandis qu'on soulève la dure-mère et divise son feuillet externe entre les deux racines sur la limite externe des ganglions; puis, au moyen d'une sonde cannelée, on détache les adhérences qui fixent le feuillet interne de la dure-mère à celui-ci, ce qui permet de l'attaquer directement et de le détruire partiellement et parcelle par parcelle à l'aide d'une petite pince à dents de souris et d'une curette fixe. On doit éviter de toucher de ses instruments la partie antéro-interne

du ganglion accolée à la paroi du sinus caverneux et renfermant les centres trophiques de l'œil. On termine par un tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. »

Novaro a fait et réussi une fois cette opération.

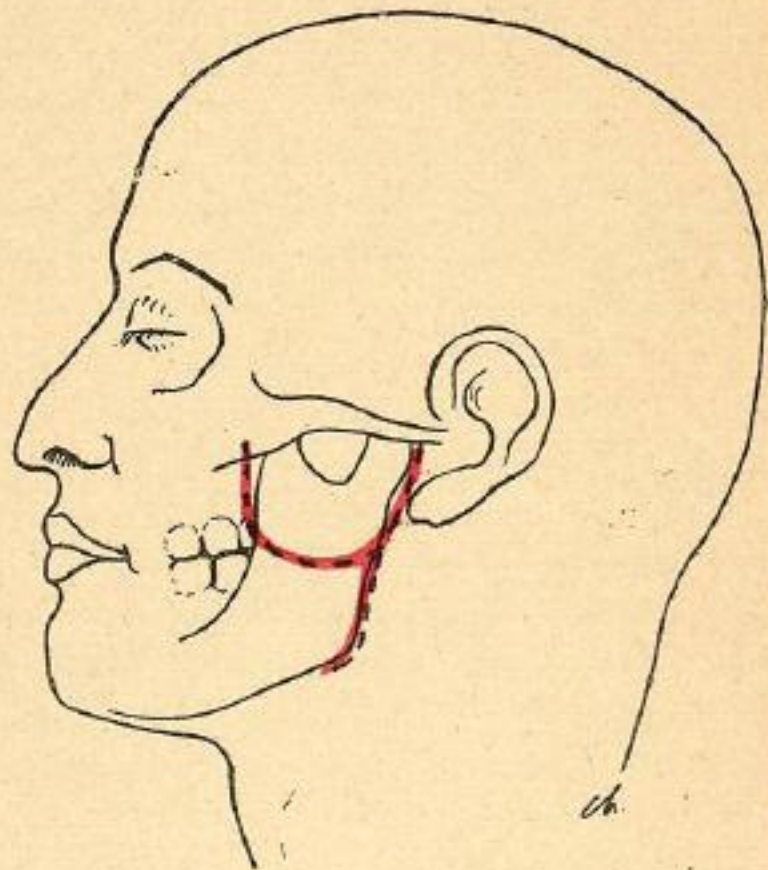


Fig. 395 — Incision de Novaro, pour la résection transmaxillaire du ganglion de Gasser : en U dont la base est à mi-hauteur du masséter, et complétée par une seconde incision suivant le bord du maxillaire inférieur jusqu'à son angle.

II. VOIE PTÉRYGOÏDIENNE. — La voie ptérygoïdienne, entraînant beaucoup moins de dégâts que les deux techniques précédentes, a été décrite pour la première fois par Rose.

« Le patient, dit ce chirurgien, doit être dans le meilleur état général possible. La veille au soir, purgatif doux; quelques heures avant l'opération, lavage soigneux de la face, avec du

savon et une solution phéniquée à 120, puis pansement antiseptique, point capital, car la peau est souvent très malpropre, à cause des crises provoquées par les tentatives de lavage. Le chloroforme est le meilleur anesthésique à employer, et, quand le patient est sous son influence, on relave

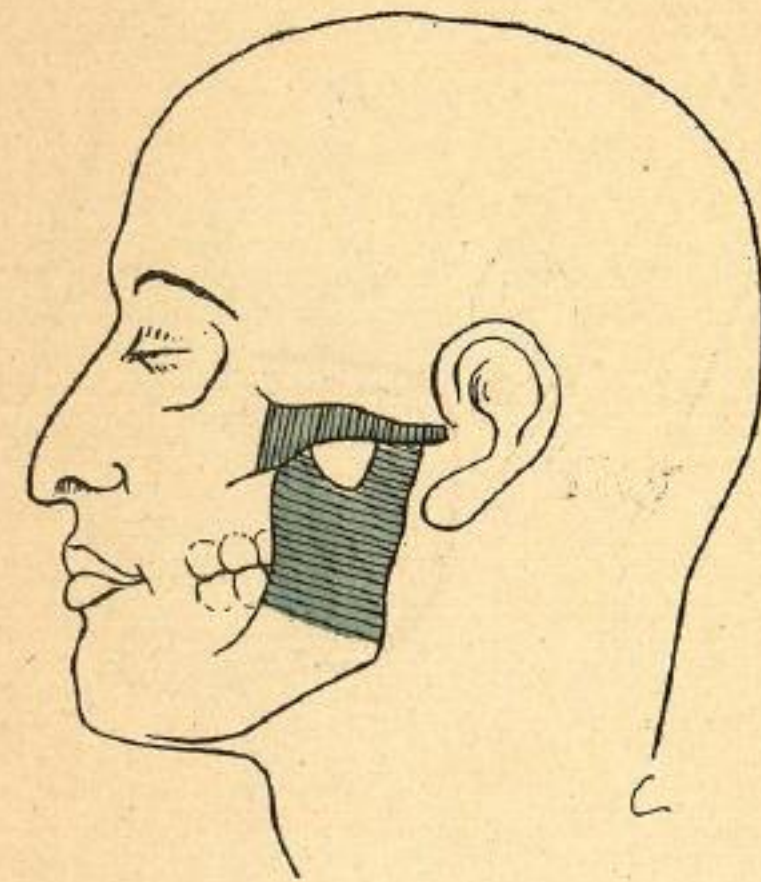


Fig. 396. — Parties osseuses réséquées dans le procédé de Novaro: zygoma et branche montante du maxillaire.

la peau ainsi que le conduit auditif externe, qui est rempli d'ouate salicylée. La conjonctive est soigneusement désinfectée avec un antiseptique non caustique, par exemple avec une solution de sublimé à 1/2000, et le sac lacrymal est exprimé, car il contient souvent des mucosités dont la régurgitation ultérieure pourrait infecter la conjonctive. Pour protéger l'œil