

entre les I<sup>e</sup> et II<sup>e</sup>, put seulement réséquer, au ciseau, sa partie postéro-externe ; O'Hara, Park, Parkhill, se sont contentés de l'enlever partiellement avec une petite curette introduite

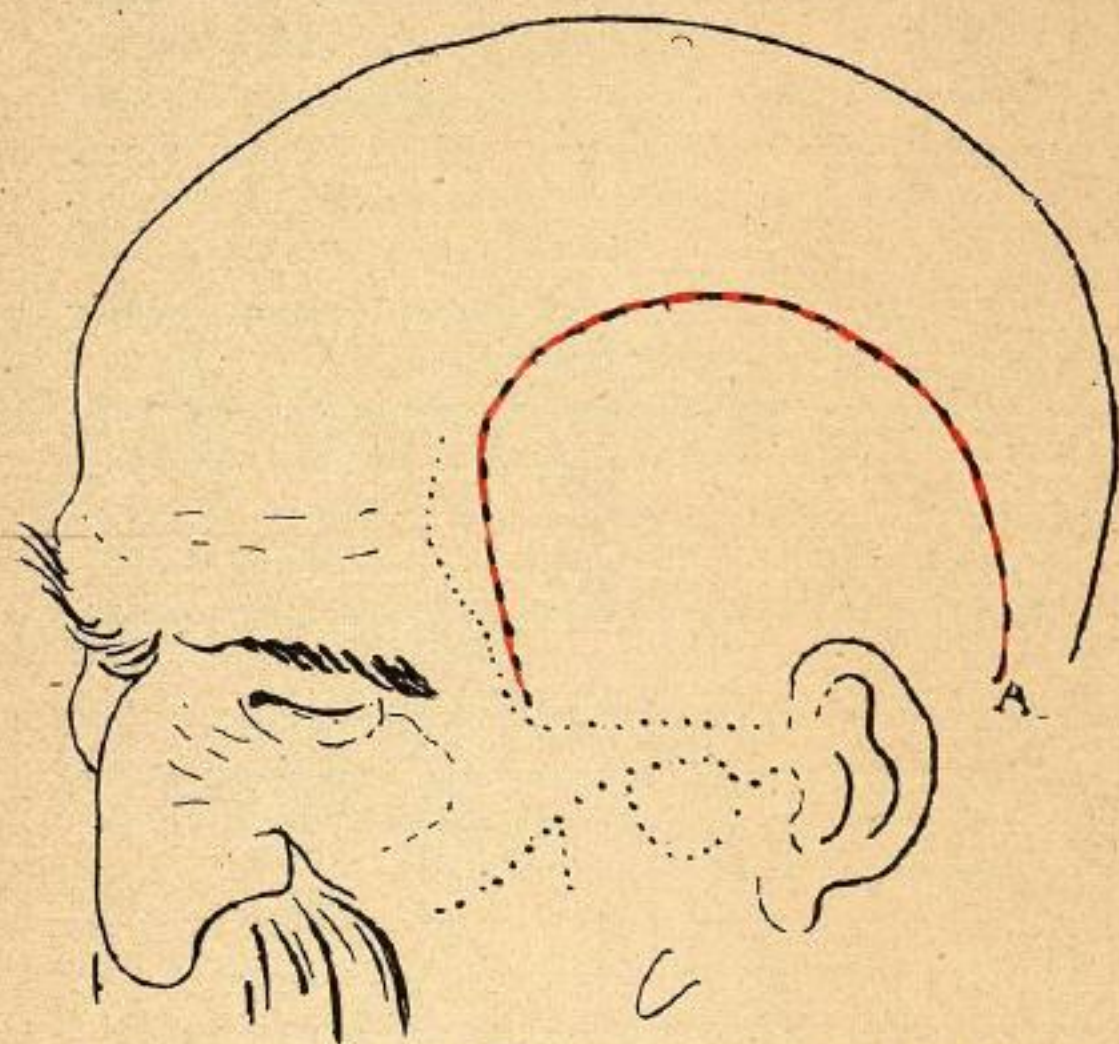


Fig. 411. — Incision de Horsley, pour l'attaque intracrânienne du trijumeau par la voie temporale: courbe, partant de l'extrémité antérieure du zygoma, remontant jusqu'à la ligne courbe temporale, la suivant et redescendant jusqu'à l'astérion.

le long de la III<sup>e</sup> branche prise comme guide; Artieda, de le dissocier avec un crochet à strabisme. Résultats, somme toute, encore très satisfaisants pour une intervention aussi délicate, faite au fond d'une plaie où saignent parfois la maxillaire interne et l'artère méningée moyenne, si difficiles à y lier qu'O'Hara n'a pas craint, pour éviter les dangers de leur

blesure, de faire la ligature préventive de la carotide primitive.

III. VOIE TEMPORALE. — Les chirurgiens qui ont suivi la voie temporale n'ont pas tous cherché, comme ceux qui ont suivi la voie ptérygoidienne, à détruire le ganglion de



Fig. 412. — Incision d'Hartley, pour l'attaque intracrânienne du trijumeau par la voie temporale: en oméga, avec sa base au niveau du zygoma, s'étendant de l'apophyse orbitaire externe du frontal au tragus.

Gasser; ils se sont adressés tantôt à l'une, tantôt à l'autre des parties intracrâniennes du trijumeau.

Horsley, qui indiqua et suivit cette voie le premier, en 1890, alla dès l'abord à l'extrême et, remontant plus loin que le ganglion, arracha de la protubérance le tronc de la cinquième paire.

« Je taille, dit-il, un large lambeau temporal, partant de l'extrémité antérieure du zygoma, remontant jusqu'à la ligne courbe temporale, la suivant et redescendant jusqu'à l'astérion. Le muscle temporal, séparé de l'os, est supprimé

dans sa moitié postérieure et la totalité de l'écaille enlevée avec une couronne de trépan et des pinces emporte-pièce. En avant, l'artère méningée moyenne est liée dans la dure-mère, puis celle-ci est ouverte le long du bord de l'orifice osseux; le lobe temporo-sphénoïdal devient alors visible. Un large rétracteur de cuivre, à bords unis et éversés, est alors glissé avec précaution sous lui, puis soulevé lentement, mais énergiquement. La fosse cranienne, devenue facilement visible, est éclairée avec la lumière électrique. On se guide, pour arriver jusqu'à la cinquième paire, sur le bord supérieur du rocher. En soulevant un peu plus le cerveau, on voit même l'attache interne de la tente du cervelet, et, chez mon opéré, j'ai parfaitement pu voir le point de cette attache au-dessous duquel passe le cinquième nerf. Le siège exact du canal dans lequel se trouve la cinquième paire juste au-dessus du ganglion peut donc être précisé, et une ponction avec la pointe d'un bistouri faite sur sa paroi. Elle est ensuite agrandie, et le nerf exposé au niveau de son étroit passage..... J'ai fait cette opération une fois: lorsque j'ouvris la dure-mère, le cerveau fit légèrement hernie, mais s'affaissa peu à peu, à mesure que se développait le shock opératoire. En exposant le nerf dans son canal en arrière du ganglion, je passai autour de lui un petit crochet mousse; mais il me vint alors à l'esprit que la petite branche de l'artère basilaire qui accompagne le nerf pourrait provoquer quelque hémorragie, et je me décidai à arracher le nerf de son attache cérébrale, ce qui fut facilement fait en tirant sur lui avec un crochet, sans écoulement sanguin notable. Pendant cette manœuvre, la respiration s'arrêta et le pouls devint inappréciable pendant trois ou quatre secondes; puis tout revint à l'état normal. L'opéré, qui avant l'intervention était dans un déplorable état général, mourut de shock en sept heures, sans que l'autopsie révélât rien de particulier. »

Après Horsley, Hartley en Amérique, Krause en Allema-

gne, se sont presque simultanément occupés de l'attaque intracrânienne du trijumeau par la voie temporale; nous allons étudier successivement les recherches de l'un et de l'autre.



Fig. 413. — Opération d'Hartley. Premier temps: l'opérateur attaque l'os (d'après Hartley).

1° *Recherches de Hartley.* En mars 1892, Hartley, de New-York, dans son premier mémoire sur ce sujet, hésitant devant l'attaque du tronc de la cinquième paire et du ganglion, et considérant comme seules accessibles les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches, décrivait comme suit cette neurectomie intracrânienne:

« On fait une incision en  $\Omega$ , avec sa base au niveau du

zygoma, s'étendant de l'apophyse orbitaire externe du frontal au tragus. Le sommet de la convexité remonte jusqu'à la crête temporale, et le diamètre du cercle dont elle fait partie est d'environ 3 pouces. L'incision est, du premier coup, menée jusqu'au périoste crânien, sauf dans les parties con-

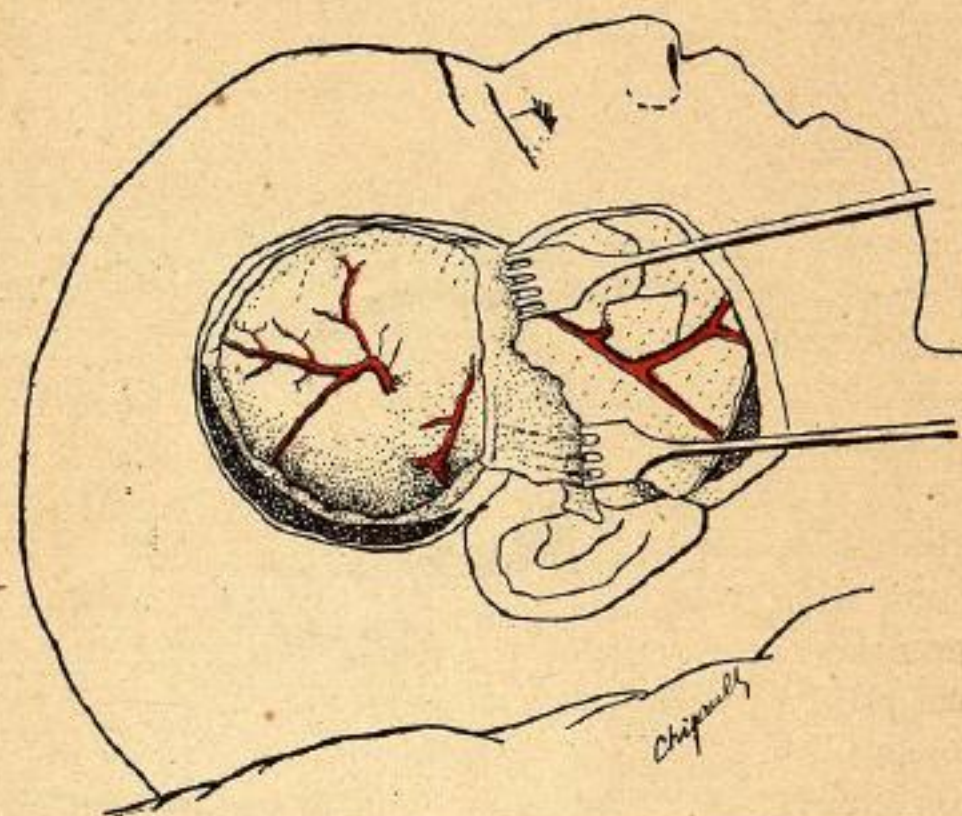


Fig. 414. — Opération d'Hartley. Deuxième temps : le lambeau ostéo-cutané est rabattu, mettant à nu la dure-mère et l'artère méningée moyenne (d'après Hartley).

vergentes du côté de la base. Le périoste est ensuite divisé jusqu'à l'os, dans la même direction. Avec un ciseau, une rainure est creusée dans l'os, suivant la ligne de section du périoste; cette rainure va jusqu'à la lame vitrée, excepté à la partie supérieure de cette ligne, où elle comprend toute l'épaisseur de l'os. Un élévateur est alors insinué dans la fente en ce point, et par soulèvement travaille à fracturer le pédicule osseux. Cette fracture faite, un lambeau composé

de peau, de muscle, de périoste et d'os, est rabattu, mettant à nu la dure-mère sur une surface circulaire de 3 pouces de diamètre. La méningée moyenne est liée, la dure-mère séparée de l'os et la fosse cérébrale moyenne exposée. De larges écarteurs soulèvent la dure-mère et le cerveau, exposant largement le trou rond et le trou ovale. L'hémorragie est arrêtée à l'aide d'éponges et l'on a nettement sous les yeux les I<sup>o</sup>, II<sup>o</sup> et III<sup>o</sup> branches de la cinquième paire, ainsi que l'artère carotide et le sinus caverneux. La II<sup>o</sup> et la III<sup>o</sup> branche sont isolées au trou grand rond et au trou ovale, et, par une légère pression sur la dure-mère, on décolle ces nerfs jusqu'au ganglion de Gasser. On les sectionne au tenotome au niveau des trous rond et ovale, et on excise toute la partie comprise entre ces trous et le ganglion; comme cette partie est fort courte, les extrémités périphériques sont refoulées à travers les trous. Puis le cerveau est remis à sa place et le lambeau ostéo-périostéo-cutané relevé, les saillies de la lame vitrée tout autour de l'orifice l'empêchant de s'enfoncer. Le périoste, le muscle et la peau sont suturés, un drain placé à l'angle inférieur de la plaie et un pansement antiseptique appliqué. »

Un an après cette première description, Hartley, considérant désormais comme possible la résection du ganglion de Gasser, entrait dans quelques détails nouveaux sur l'hémorragie des divers temps de l'opération, sur la manière d'exciser les nerfs, sur le moyen de tailler le lambeau osseux.

« Pendant l'incision des parties molles, disait-il, l'hémorragie relève des pinces. Le ciselage de la rainure osseuse donne du sang qui vient du diploé, mais qui sera peu abondant et facilement arrêté par compression. Si la méningée moyenne est lésée en rabattant le lambeau, c'est sous les yeux, et sa ligature est facile. Le décollement de la dure-mère donne peu de sang, et d'ordinaire l'artère reste accolée à la face externe

de celle-ci et est suivie sans peine jusqu'au trou épineux, où on la lie si l'on veut. Lorsqu'on approche du sinus caverneux, il faut mener le décollement avec de plus en plus de prudence. Avant de couper les nerfs au niveau des trous de la base, il est nécessaire de s'assurer s'il ne monte point, à travers le

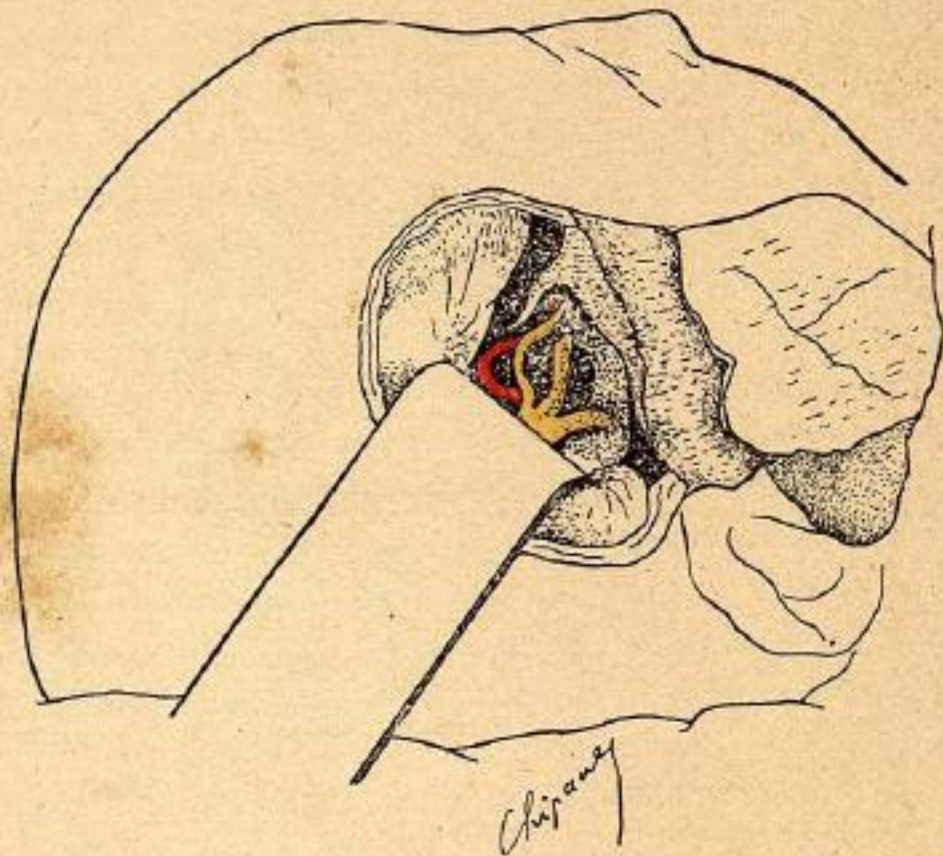


Fig. 415. — Opération d'Hartley, Troisième temps : la dure-mère et le cerveau soulevés avec un écarteur, laissent largement voir la base du crâne et le trijumeau dans sa portion intracrânienne (d'après Hartley).

trou ovale, une petite artériole méningée; la pression avec une éponge serait du reste suffisante pour arrêter l'hémorragie qui se ferait en ce point.

« Non seulement, comme je le croyais autrefois, la II<sup>e</sup> et la III<sup>e</sup> branche peuvent être réséquées complètement, mais le ganglion lui-même est accessible jusqu'au niveau du bord supérieur du rocher, en sectionnant les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches au

niveau de leur trou, les saisissant avec une pince ou un crochet, divisant la dure-mère qui recouvre le ganglion de manière à ouvrir sa loge et l'en sépare. Cette section de la dure-mère est faite en dehors du sinus caverneux et de l'artère carotide. La traction sur les nerfs relève le ganglion, qu'on sépare avec un ténotome ou qu'on extrait avec une fine curette de Volkman; quoiqu'il soit juste au-dessus de l'artère carotide, cette extraction n'est point si difficile qu'on pourrait le croire.

« J'ai employé, pour diviser l'os, les instruments les plus variés : scies électriques, pinces et ciseaux, mais je n'en ai



Fig. 416 et 417. — Gouge d'Hartley pour l'attaque du crâne.

point trouvé qui travaille aussi rapidement que le ciseau des ébénistes, légèrement modifié. Je me sers de deux grandeurs, l'une s'emboîtant exactement dans la cannelure de l'autre. L'instrument consiste en une lame triangulaire sur une coupe et creusée d'une rainure. La lame s'élargit en s'approchant du manche et, du côté tranchant, le triangle s'efface peu à peu, de manière à présenter une rainure profonde seulement à sa limite. Le bord profondément creusé doit, lorsque l'instrument est tenu à un angle de 45° par rapport à la surface crânienne, couper toujours parallèlement à cette surface. L'élévation ou la dépression du manche font couper plus profondément ou plus superficiellement, et l'on peut, en ne faisant point varier l'angle, avoir une pièce partout

de même épaisseur. J'ai constaté à maintes reprises qu'avec l'instrument tenu à 45° il était impossible de blesser la dure-mère, à cause de l'épaule qui protège la membrane. Avec le plus large ciseau, la rainure est creusée jusqu'à la lame vitrée, puis le petit instrument attaque celle-ci, sans mâchurer les couches déjà coupées, puisqu'il tient tout entier dans la rainure déjà faite.

« J'ai également fait fabriquer deux écarteurs qui me semblent d'une grande utilité. Le premier est large et plat, et présente des courbes parallèles aux inégalités de la fosse moyenne;

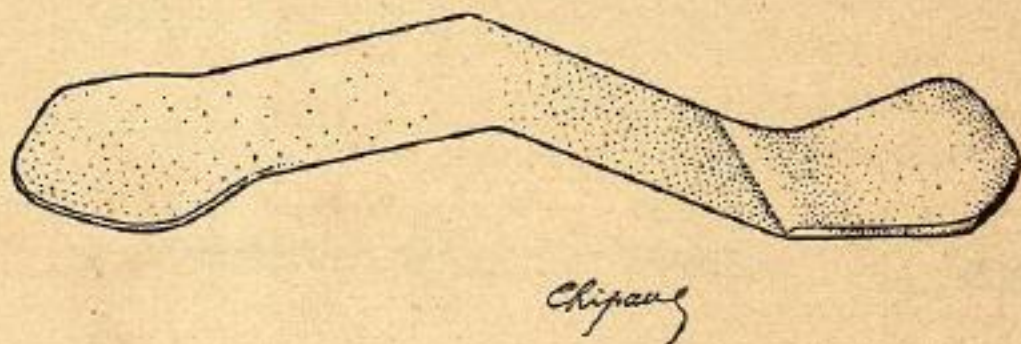


Fig. 418. — Ecarteur cérébral d'Hartley.

il s'élargit du côté de sa face supérieure qui sera mise en contact avec le cerveau; il est soigneusement poli, pour agir en même temps comme réflecteur. Le deuxième écarteur est tout à fait analogue à une curette utérine, mais mousse et formant un angle seulement obtus avec le manche de l'instrument; il sert à soulever la dure-mère jusqu'au niveau du ganglion. »

2° *Recherches de Krause.* En même temps qu'Hartley publiait en Amérique les recherches précédentes, Krause, en Allemagne, suivait une évolution parallèle à celle de ce chirurgien, mais plus étendue. Il commençait, en effet, comme lui par une simple neurectomie intracrânienne, pour aboutir, plus loin qu'Horsley lui-même, à l'arrachement du tronc du trijumeau, complété par la résection du ganglion de Gasser.

Sa première technique — technique de neurectomie simple intracrânienne — analogue dans l'ensemble à celle d'Hartley, en différait seulement par la division de l'opération en deux temps éloignés de quelques jours et le tamponnement intermédiaire de la plaie, pour restreindre l'hémorragie. « Dans la région temporale, disait-il, je taille, d'après la méthode de Wagner-Wolff, un lambeau ostéo-musculo-cutané à base inférieure. L'incision commence immédiatement au-dessus du zygoma, devant le tragus, et, après un trajet en  $\cap$ , revient au zygoma, de sorte que le lambeau a environ 3 centimètres à sa base, 6 centimètres de hauteur, 5 centimètres dans sa plus grande largeur. Sa base est placée très bas, pour que le muscle temporal soit rabattu sans être lésé, parce que la nutrition du lambeau est ainsi mieux assurée, et parce qu'alors au niveau du pédicule l'os extrêmement mince se fracture sans difficulté. La ligne de fracture passe un peu au-dessus du zygoma et est assez irrégulière. Ses aspérités sont coupées avec une pince coupante. Le lambeau est formé presque en totalité par la peau et le muscle temporal; décollant un peu à droite et à gauche celui-ci et le périoste à l'aide d'une rugine, on peut rabattre si parfaitement le lambeau que sa peau vienne en contact avec la peau de la joue. Il est maintenu solidement dans cette position par un écarteur à griffes, enfoncé dans le muscle. Ceci fait, la fosse moyenne est ouverte et la dure-mère facilement décollée de la base du crâne avec les doigts ou un écarteur mousse. On arrive ainsi au trou épineux et à l'artère méningée moyenne. Lorsqu'on veut chercher seulement la II<sup>e</sup> branche, on oblique en avant vers le trou grand rond; pendant cette marche progressive, le cerveau est soulevé avec un large écarteur. Lorsqu'on veut atteindre la III<sup>e</sup> branche, on coupe l'artère entre deux ligatures, car le trou ovale se trouve en dedans d'elle.

La III<sup>e</sup> branche est même, après cette manœuvre, plus facile à atteindre que la II<sup>e</sup>. Dans tous les cas, l'hémorragie, pendant le décollement de la dure-mère, est diffuse et gênante; du reste, en beaucoup d'endroits, le décollement peut se faire directement avec les petits tampons qui servent à étancher le sang. Pour avoir un champ opératoire absolument net, on peut

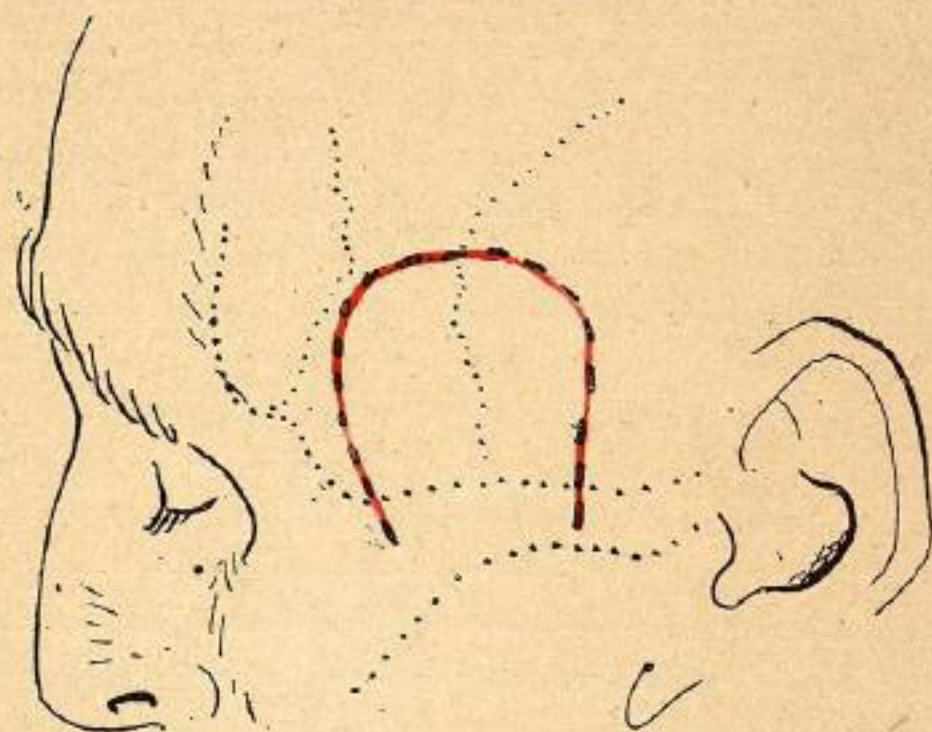


Fig. 419. — Incision de Krause, pour l'attaque intracrânienne du trijumeau par la voie temporale: incision en U, commençant et aboutissant au zygoma.

remplir provisoirement la plaie avec de la gaze iodoformée, et alors c'est au bout de quatre ou cinq jours seulement qu'au fond d'une cavité infundibulaire parfaitement étanche, on va, en soulevant le cerveau avec un écarteur, réséquer le nerf. Pour éviter une hémorragie ultérieure, la plaie est encore, après ce dernier temps de l'intervention, tamponnée avec une mèche de gaze ressortant, d'autre part, sur le côté postéro-inférieur du lambeau, en un point où, avec une pince emporte-pièce, on a enlevé une pièce d'os. Le reste du lambeau est suturé à l'aide de points périostés et cutanés.

« Je ne crois pas qu'on puisse enlever complètement le ganglion de Gasser sans léser la dure-mère, et cela juste en un point où elle touche l'artère carotide interne et le sinus caveux. »

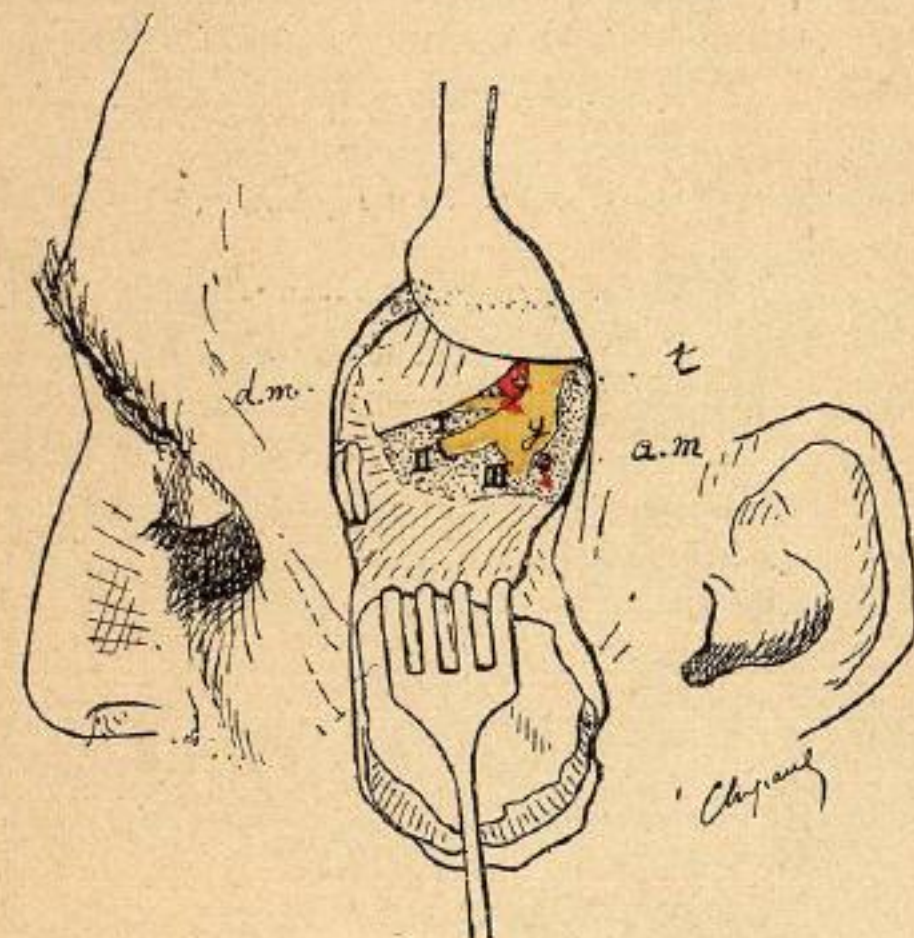


Fig. 420. — Découverte de la portion intracrânienne du trijumeau (d'après Krause). — g, ganglion de Gasser; t, tronc du trijumeau; I, II, III, branches du trijumeau; a.m., artère méningée moyenne; DM, dure-mère.

Après avoir suivi deux fois cette technique, la première fois pour réséquer la II<sup>e</sup> branche (février 1892), la seconde fois pour réséquer les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> (fin 1892), Krause en modifia complètement les détails et le but (janvier 1893).

« Tandis que, dans mes deux premières opérations, dit-il, j'avais fait l'opération en deux temps pour opérer au fond d'une cavité exsangue, cette fois, à cause de l'âge et de l'état

d'anémie de mon malade, je me décidai à ne pas l'exposer deux fois au shock et aux dangers du chloroforme. En outre, j'allais intervenir du côté gauche, c'est-à-dire du côté du centre de la parole; aussi, pour disséminer la pression de l'écarteur cérébral sur la plus grande surface possible, je me décidai à soulever, non comme je l'avais déjà fait, le sac dural, mais le cerveau directement. — Enfin, pour abréger l'opération, au lieu de faire une résection temporaire par la méthode de Wagner-Wolff, je résolus de ne point conserver l'os dans le lambeau.

« Les parties molles furent incisées, compris le périoste, celui-ci détaché de l'os avec une rugine et l'hémorragie arrêtée. Puis, dans le centre de la très mince écaille temporale, je fis au ciseau une ouverture, que j'agrandis à la pince de Luer. Ensuite j'insinuai la branche de l'écarteur mousse destiné à soulever la dure-mère, non pas très lentement, mais rapidement, et, lorsque j'eus suffisamment de place, je continuai le décollement avec une spatule et avec le doigt, jusqu'au tronc de l'artère méningée moyenne d'abord, puis jusqu'à l'entrée dans le ganglion des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches du trijumeau; je n'ai pas remarqué que ce décollement rapide provoquât une hémorragie plus rapide que le décollement lent.

« Ces premiers temps de l'opération n'avaient pas duré plus de douze minutes. J'arrêtai l'hémorragie avec des tampons et je coupai, entre deux ligatures, le tronc de l'artère méningée moyenne. Puis, avec une spatule, je dégageai complètement la III<sup>e</sup>, puis la II<sup>e</sup> branche de la dure-mère et de l'os, depuis le ganglion jusqu'aux trous de la base, et, ceci fait, je pratiquai les mêmes manœuvres sur le ganglion de Gasser.

« Sa libération fut possible en totalité. Je tiens à y insister parce que, dans mon précédent travail, j'avais conclu, d'après des recherches cadavériques, que la dure-mère ne se laisse détacher du ganglion qu'au niveau et aux environs du bord

qui donne naissance aux trois branches, et que ce décollement était impossible en haut. Or, le décollement est possible en ce point, en réséquant seulement, çà et là avec des ciseaux, quelques attaches conjonctives, sans ouvrir le sac dural; on peut ainsi de toutes parts séparer la dure-mère du ganglion et atteindre le tronc même du trijumeau.

« Lorsque le ganglion a été ensuite décollé de l'os, il se trouve complètement libre avec les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches. Quant à la I<sup>re</sup> branche, il vaut mieux ne pas la poursuivre :



Fig. 421. — Ganglion de Gasser, réséqué par Kraus (d'après cet auteur); I, II et III branches du trijumeau; T, tronc de ce nerf.

elle est séparable, c'est vrai, ainsi que je m'en suis assuré sur le cadavre, du sinus caverneux, sur la paroi duquel elle s'appuie, mais elle est en contact immédiat avec les nerfs moteur oculaire externe et moteur oculaire commun. Leur lésion serait fort facile, puisqu'elle survint, dans un cas de Hartley, par simple soulèvement de la dure-mère à l'aide d'instruments défectueux.

« Le fond de la plaie est facile à voir sans éclairage électrique; j'ai même pu, sur le cadavre, le faire photographier à la lumière ordinaire.

« J'essayai, chez ma malade, d'arracher avec la pince de Thiersh les deux nerfs du côté périphérique. Cela ne réussit pas. Pour la III<sup>e</sup> branche, on peut attribuer cet échec à l'opération extra-cranienne antérieure, qui avait fixé le nerf dans une cicatrice conjonctive; la même cause ne peut

être invoquée pour la II<sup>e</sup> branche. Quoi qu'il en soit, j'abandonnai ces tentatives et je sectionnai les deux nerfs le plus profondément possible dans les trous de la base avec un ténotome. Ensuite je saisis tout le ganglion dans la pince et amenai, par traction, le bout central du trijumeau sur



Fig. 422. — Cicatrice de l'opération par la voie temporale chez un opéré de Keen, qui avait déjà subi quatorze interventions contre sa névralgie.

une longueur de 22 millimètres. A ce moment, la narcose était profonde et je ne remarquai aucun trouble cardiaque ou respiratoire. Pendant cette manœuvre, la I<sup>re</sup> branche fut également arrachée à son insertion ganglionnaire.

« L'opération avait duré 55 minutes. Une petite mèche de gaze iodoformée fut placée entre la dure-mère et la base du crâne, puis le lambeau suturé. La mèche fut enlevée le troisième jour. Le septième jour, la malade quittait le lit, et le dix-huitième elle quittait l'hôpital. On ne voyait ni ne sentait

de pulsations cérébrales au niveau de la perte de substance cranienne. Cependant, je crois qu'il sera bon, d'une façon générale, dans les cas où il ne sera pas nécessaire d'abrégier autant que possible l'acte opératoire, de conserver l'os dans le lambeau. »

La voie temporale a été, depuis Hartley et Krause, suivie par un assez grand nombre de chirurgiens.

Certains ont intégralement suivi les techniques déjà décrites; tels Roberts et Mac Burney, qui ont fait la neurectomie des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches par le procédé d'Hartley. D'autres, sans du reste les modifier essentiellement, ont noté, au cours de leurs observations, des détails ou des incidents qui méritent d'être notés. — Finney, dans deux cas, après avoir ouvert le crâne par le procédé d'Hartley, dut ciseler le conduit, entièrement osseux, de l'artère méningée pour la lier; puis il arracha les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches du ganglion et enleva celui-ci par petits morceaux avec une pince. Dans un troisième cas, il ne lia pas l'artère, mais obtura le trou sphéno-épineux avec du « coton-catgut » de Halsted; ensuite, après avoir suivi, pour arriver jusqu'au ganglion, le bord supérieur du rocher, il coupa les II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches au niveau des trous de la base, saisit le ganglion avec une pince hémostatique et arracha le tronc du trijumeau de la protubérance. — Tiffany, dans un cas de résection des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches, dut agrandir à la pince emporte-pièce l'orifice cranién et ne remplaça pas le lambeau osseux. Chez ce malade, la ligature de l'artère méningée moyenne lui donna un suintement de liquide céphalo-rachidien, sans doute par division d'un cul-de-sac pial. Dans un autre cas, où il réséqua le ganglion, il dut, pour obvier à la saillie, dans le champ opératoire, de la dure-mère distendue, ponctionner cette membrane pour donner issue au liquide. « Cette manœuvre, dit-il, en permettant son affaissement, rendit singulièrement plus faciles les derniers temps de l'inter-



vention. » — Fowler, qui a fait deux fois la résection intracranienne des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches, pense que les avantages du lambeau ostéoplastique ne compensent pas le temps qu'on prend à le tailler. Il vaut mieux, suivant lui, ouvrir le crâne

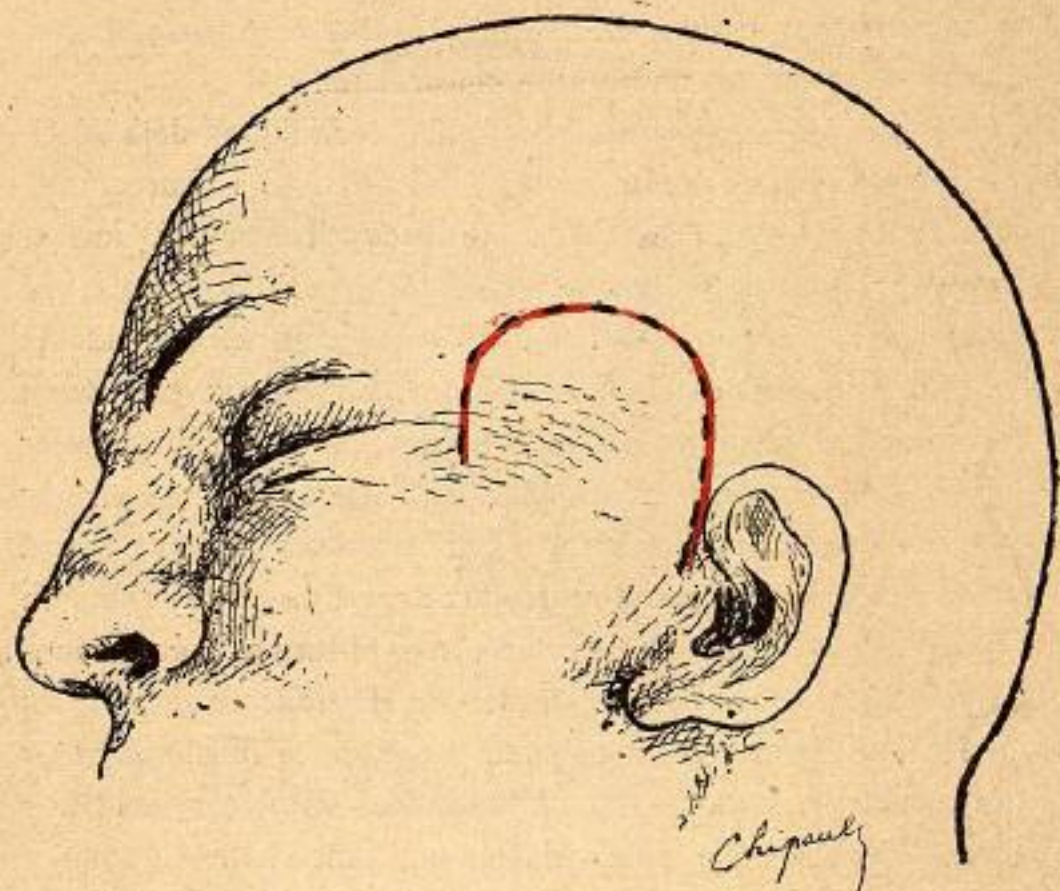


Fig. 423. — Incision de MM. Quenu et Hartmann, pour l'attaque intracranienne du trijumeau par la voie temporo-zygomatique : courbe partant derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutissant au-devant du conduit auditif.

au trépan, puis agrandir l'orifice à la pince Luer, qui a, d'autre part, l'avantage, en écrasant le tissu spongieux, de diminuer l'hémorragie qui se fait par les veines diploïques. Quant à l'hémorragie par l'artère méningée, Fowler l'arrêta une fois en enfonçant dans le trou sphéno-épineux une cheville de bois; une autre fois, il la prévint en liant la carotide externe, et cela au-dessus des artères faciale et occipitale, par où la

circulation aurait pu se rétablir. En outre, il recommande, pour diminuer la pression cérébrale lorsqu'on récline le cerveau, de faire cette réclinaison bien perpendiculairement à la base du crâne, comme dans les autopsies. — Enfin, tout dernièrement, W.-W. Keen, chez un individu qui avait déjà subi



Fig. 424. — Portions osseuses réséquées par MM. Quenu et Hartmann. — 1. L'apophyse zygomatique, — 2. Le crâne, depuis une couronne de trépan placée au-dessus de la crête sphéno-temporale ST jusqu'au trou ovale.

pour sa névralgie faciale quatorze opérations, toutes accompagnées d'hémorragies abondantes, dut, pour arriver jusqu'au ganglion de Gasser, tamponner la plaie pendant quelques jours. Il recommande d'ouvrir le crâne avec la vrille de Cryer et de faire aboutir les deux branches de l'incision, l'une en avant du tragus, l'autre à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de l'espace, entre le méat et l'apophyse orbitaire externe; ainsi menées et conduites jusqu'au

niveau du zygoma, dont on fait, au besoin, la résection temporaire, elles mettent largement à jour le plancher de la fosse moyenne où vont se faire les temps ultérieurs de l'intervention.

En somme, la grosse affaire, lorsqu'on intervient par la voie temporale, est, pour opérer aisément et obvier aux hémorragies qui peuvent se présenter, de voir ce que l'on fait. Dans ce but, M. Quenu vient de modifier de la façon la plus heureuse l'intervention jusqu'à lui employée, en ajoutant à la résection de l'écaille la résection de la grande aile du sphénoïde jusqu'au trou ovale. « Mon plan opératoire, dit-il, a été tout d'abord établi sur le cadavre, avec l'aide de mon ami et collègue Sebileau. L'exécution a été aussi prompte sur le vivant; il ne m'a pas fallu plus de cinq minutes pour charger la III<sup>e</sup> branche à partir du moment où la couronne de trépan avait été appliquée sur la fosse temporale.

« Dans un 1<sup>er</sup> temps, nous dénudons la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela, une incision courbe à convexité supérieure, profonde jusqu'à l'os, part derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutit au-devant du conduit auditif. L'hémostase faite, l'arcade zygomatique est sciée ou coupée au ciseau à ses deux extrémités, et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

« Dans un 2<sup>e</sup> temps, nous ouvrons le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée au-dessus de la crête susindiquée, puis nous agrandissons l'orifice vers le bas, en nous servant de la pince-gouge de Lannelongue. Pour cela, nous décollons au fur et à mesure la dure-mère avec le doigt, tandis que, parallèlement, du côté externe, nous dénudons la voûte de la fosse zygomatique avec la rugine. Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir; le doigt est, ici, un meilleur guide que l'œil.

Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ de 1 centimètre au delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux, nous recherchons le trou ovale. Dans ce but, nous utilisons un petit crochet que nous avons fait fabriquer et qui n'est qu'une aiguille de Cooper raccourcie. L'index gauche, étant enfoncé transversalement, s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde. Le trou ovale

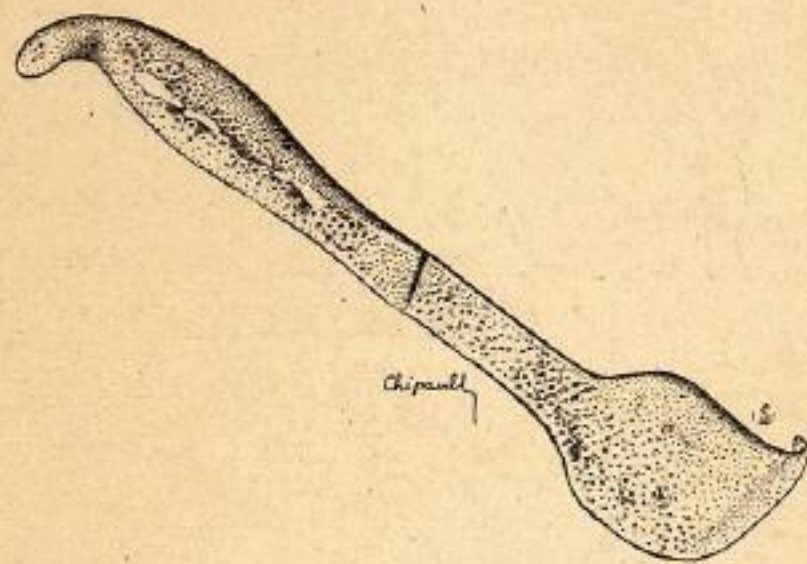


Fig. 425. — Écarteur cérébral de l'auteur, destiné à faciliter l'exploration de la fosse moyenne.

se trouve juste sur cette ligne, ainsi que le trou petit rond. L'aiguille, introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale. Nous nous sommes assuré que l'existence d'une lamelle osseuse, réunissant parfois ces deux points de repère, n'apporte pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet. D'autre part, les dimensions de son extrémité mousse l'empêchent de s'égarer dans le trou sphéno-épineux. Le guide mis en place, la pince-gouge se dirige à coup sûr vers le trou ovale, et bientôt la disparition de la dernière lamelle libère le crochet et met à nu le tronc nerveux.

« Dans un 3<sup>e</sup> temps, un large écarteur refoulant les muscles ptérygoidien externe et temporal, on charge le nerf et on le résèque. On pourrait, au besoin, poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser, ou, tout au moins, jusqu'à l'émergence de ses trois troncs.

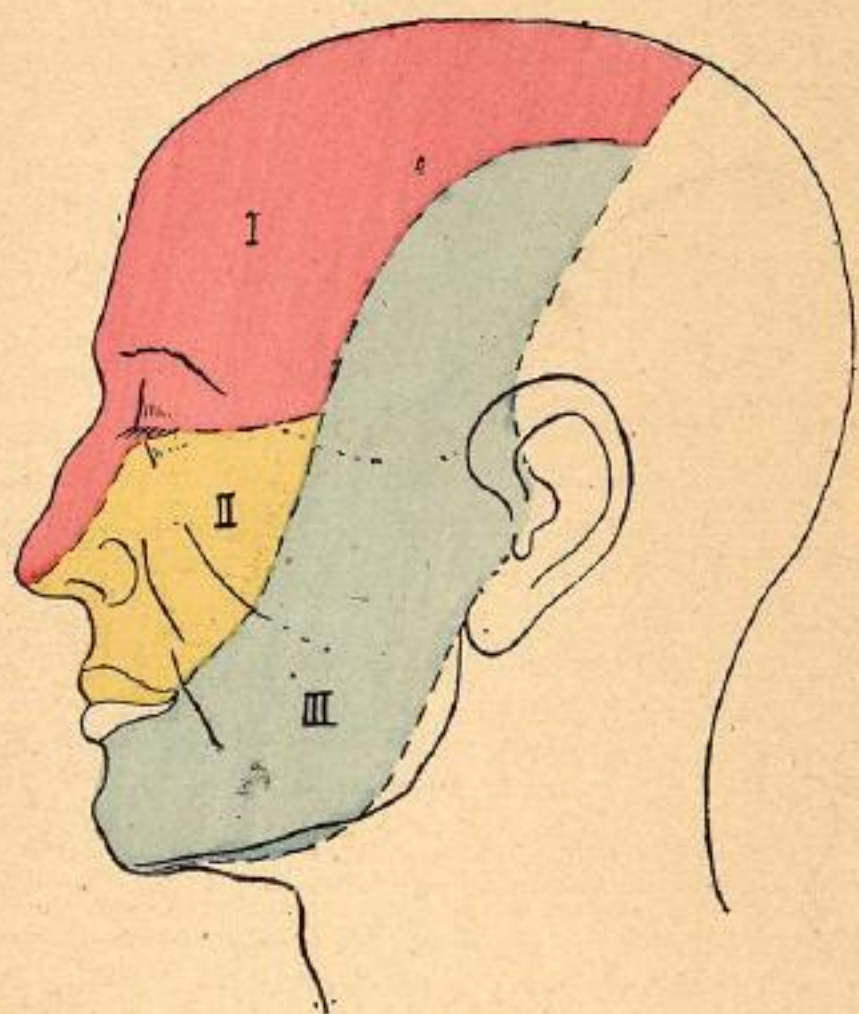


Fig. 426. — Zones cutanées dépendant des trois branches du trijumeau.

« Il plaît généralement au chirurgien de voir et de tenir en main le nerf qu'il résèque. En cas de difficultés imprévues, tenant à une hémostase difficile ou à toute autre cause, on peut être sûr d'avoir détruit le nerf en totalité, du moment qu'une petite curette gratte partout le contour osseux du trou

ovale et donne bien la certitude qu'il est vidé de son contenu.

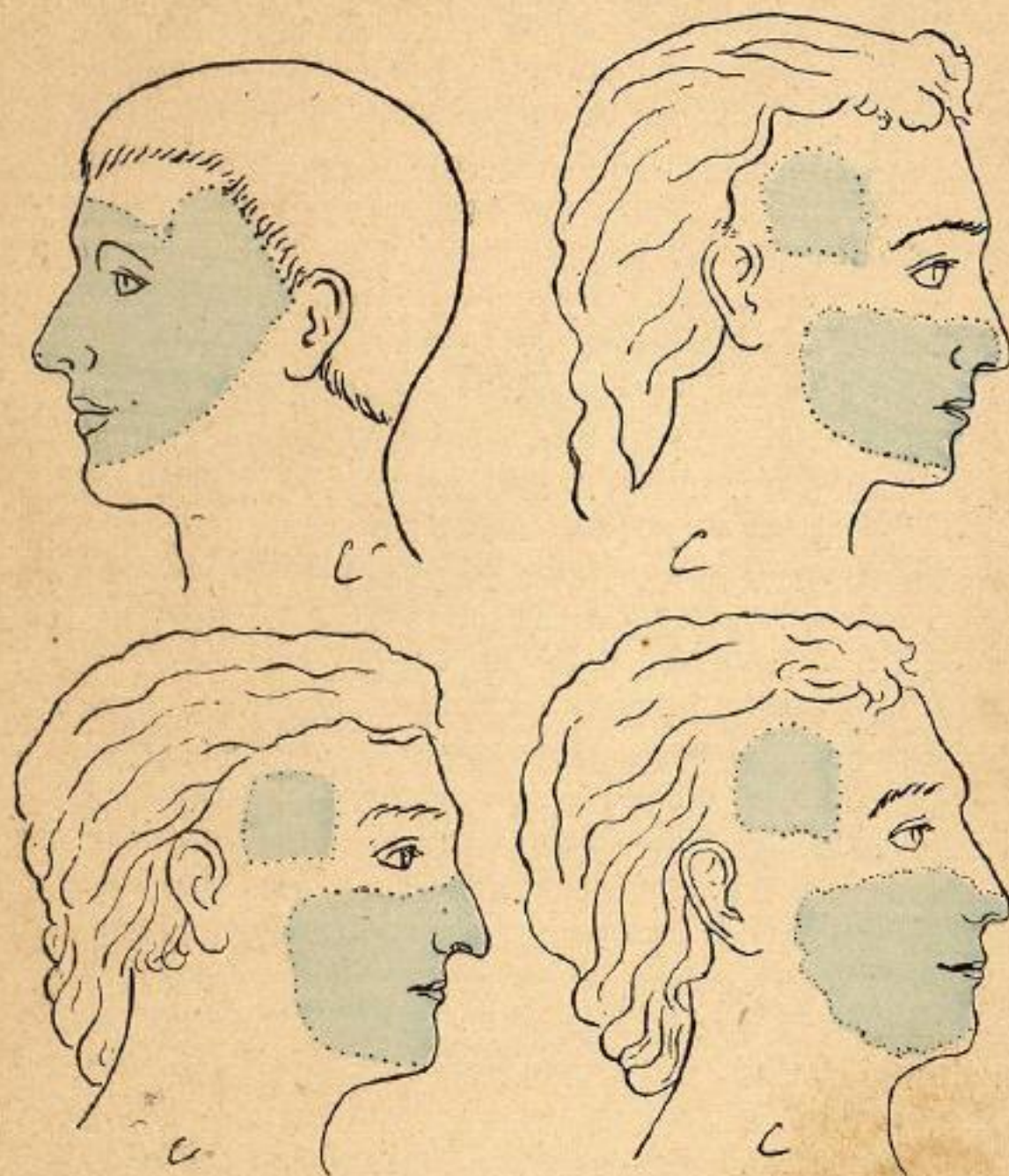


Fig. 427, 428, 429 et 430. — Étendue de l'anesthésie chez un malade opéré par Hartley et chez trois malades opérés par Tiffany (section intracrânienne des II<sup>e</sup> et III<sup>e</sup> branches du trijumeau).

« Tous ces temps s'exécutent sans perte de sang. Chez notre opéré, l'hémostase la plus longue a été celle du muscle tem-