

J'ai énuméré ces points d'attache dans l'ordre où il convient de les détruire.

Les incisions cutanées qui paraissent préférables pour découvrir le maxillaire supérieur sont : 1° une incision verticale qui, partant du grand angle de l'œil, descend sur les côtés du nez, contourne l'aile du nez jusqu'à la sous-cloison et divise la lèvre supérieure sur la ligne médiane ; 2° une incision horizontale, parallèle au bord inférieur de l'orbite et divisant la paupière. La branche montante peut être coupée avec les pinces de Liston ; l'articulation avec l'os malaire doit toujours être attaquée avec la scie à chaîne ou avec le ciseau. Dans cette opération, où l'une des principales conditions de succès est d'aller vite, on gagnera beaucoup de temps en divisant la voûte palatine avec une longue pince droite de Liston, ce qui est généralement très facile. Quant à l'union avec l'apophyse ptérygoïde, elle cède aux mouvements de bascule que l'on imprime à l'os.

Lorsque la tumeur n'occupe qu'une portion de l'os, le rebord alvéolaire par exemple, comme dans certains sarcomes à myéloplaxes, l'ablation sera seulement *partielle*, mais je conseille la même incision cutanée en donnant au lambeau de moindres proportions.

La résection de la mâchoire supérieure a été souvent pratiquée comme opération préliminaire pour arriver sur le point d'insertion des polypes nasopharyngiens. Frappé de ce douloureux sacrifice d'un os qui n'était pas malade, Huguier eut l'idée ingénieuse de substituer une *résection temporaire* à la résection permanente. Les Allemands ont tenté de s'approprier cette idée, mais je renvoie le lecteur que ce point de médecine opératoire pourra intéresser aux *Bulletins de la Société de chirurgie* de l'année 1873.

L'os maxillaire supérieur présente les rapports les plus intimes avec la seconde branche de bifurcation du trijumeau, le nerf maxillaire supérieur. J'ai déjà signalé, chemin faisant, la situation de ce nerf au sommet de la fosse zygomatique, dans le plancher de l'orbite, dans la fosse canine ; il ne me paraît cependant pas inutile d'en envisager ici l'ensemble au point de vue chirurgical, à cause des névralgies dont il est souvent affecté et des opérations ingénieuses qui ont été opposées à ces névralgies.

Né du ganglion de Gasser, le nerf maxillaire supérieur sort du crâne par le trou grand rond, pour pénétrer presque aussitôt dans le canal sous-orbitaire. Il correspond entre ces deux points au sommet de la fente ptérygo-maxillaire, qu'il traverse à la manière d'un pont. Cette fente correspond elle-même à la partie la plus profonde de la fosse zygomatique, en sorte que le nerf maxillaire supérieur serait, à la rigueur, accessible par cette voie.

C'est au moment où le nerf traverse la fente ptérygo-maxillaire qu'il se trouve en connexion avec le *ganglion sphéno-palatin*. Situé au-dessous du nerf, dont il reçoit sa branche sensitive, ce ganglion fournit les nerfs palatins qui s'engagent dans le canal palatin postérieur en suivant une direction verticale pour se distribuer à la fibro-muqueuse palatine.

Les rameaux collatéraux que fournit le nerf maxillaire supérieur sont les dentaires postérieur et antérieur, quelquefois un rameau dentaire moyen, et le rameau lacrymal.

Les névralgies de la face siègent ordinairement sur le trajet des nerfs dentaires, et ce sont ces nerfs qu'il s'agit de couper. Or, ils naissent profondément ; les postérieurs se dégagent du nerf au niveau de la fente ptérygo-maxillaire