

avant son entrée dans le canal sous-orbitaire; l'antérieur et le moyen abandonnent le tronc principal dans la gouttière sous-orbitaire elle-même à 6 millimètres environ en arrière du trou sous-orbitaire.

Il en résulte que la section du nerf sous-orbitaire dans la fosse canine n'aura aucune efficacité contre la névralgie des rameaux dentaires : selon les rameaux qui seront affectés, antérieurs ou postérieurs, la section devra porter sur le tronc du nerf lui-même, soit dans le canal sous-orbitaire, soit beaucoup plus en arrière encore, à sa sortie du trou grand rond, puisque, pour être efficace, la section doit porter en arrière du point d'émergence des filets douloureux.

Le chirurgien pourra donc être obligé de faire la section du nerf maxillaire supérieur dans le canal sous-orbitaire et dans la fente ptérygo-maxillaire.

La première de ces opérations est destinée à combattre la névralgie des rameaux dentaires antérieurs et moyens; la seconde, celle des rameaux dentaires postérieurs.

La section du nerf maxillaire supérieur dans le canal sous-orbitaire sera exécutée de la manière suivante :

Au niveau du bord inférieur de l'orbite, pratiquer une incision courbe parallèle à ce bord. Le périoste doit être compris dans l'incision; on le décolle de façon à mettre à nu le plancher de l'orbite. Le globe de l'œil est alors protégé par la concavité d'une cuiller à café que l'on confie à un aide; celui-ci relève le globe, et éclaire en même temps une grande partie de la paroi inférieure de l'orbite. L'opérateur aperçoit alors le nerf, qui parcourt le canal sous-orbitaire sous la forme d'une ligne grisâtre, oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, plus rapprochée du côté externe que du côté interne du plancher de l'orbite (Voir fig. 67, p. 159). Avec une gouge, on défonce la lamelle qui le recouvre, on le soulève sur un crochet, et, le saisissant avec des pinces, on le sectionne le plus loin possible. L'artère sous-orbitaire accompagne le nerf; si elle était lésée, il serait difficile de la lier, mais on pourrait aisément la tordre. Il n'est pas possible de couper le nerf très loin en arrière par ce procédé, car l'orbite se rétrécit en entonnoir, au fond duquel il est très difficile de manœuvrer, même avec des ciseaux.

Comment donc pénétrer plus près de l'origine du nerf maxillaire supérieur?

On doit à un médecin américain, le Dr Carnochan, un procédé ingénieux qu'il a appliqué deux fois sur le vivant. La coupe antéro-postérieure de l'orbite (fig. 66) permettra de comprendre cette opération, qui rend possible la section du nerf maxillaire supérieur au niveau du ganglion sphéno-palatin, en arrière des nerfs dentaires postérieurs.

Au-dessous du plancher de l'orbite, existe une vaste cavité creusée dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, le sinus maxillaire : or, la paroi postérieure de ce sinus limite précisément en avant la fosse ptérygo-maxillaire, en sorte que, à la partie supérieure de cette paroi, on ne se trouve séparé du nerf maxillaire supérieur et du ganglion que par une mince lamelle osseuse. Voici, basé sur ces données anatomiques, le procédé de Carnochan, tel qu'il a été modifié et régularisé avantageusement par M. Letiévant : incision courbe parallèle au bord de l'orbite : décollement du périoste orbitaire et soulèvement du globe de l'œil à l'aide d'une cuiller, comme dans le procédé précédent; incision perpendiculaire à la première dans la fosse canine : on a alors une incision en T. Disséquer les deux lambeaux de la branche inférieure du T et découvrir l'os; une couronne de trépan conduit dans l'intérieur du sinus, dont on défonce la paroi posté-