

premiers succès expérimentaux et d'avoir bien précisé la technique de la suture à distance. Il recommande l'emploi des anses de catgut.

Au lieu de pénétrer avec les fils de catgut dans l'épaisseur du nerf, FORGUE et RECLUS conseillent de ne comprendre dans l'anse de fil que le névrième et le tissu conjonctif périnerveux. C'est la *suture indirecte à distance*.

GLÜCK et BERNHARDT<sup>1</sup> firent les premières applications à l'homme. Pour une section du radial avec écartement de 3 centimètres, ils firent la suture à distance avec des faisceaux de catgut, et instituèrent d'emblée un traitement électrique actif. Au bout de dix mois, la motilité reparut dans la zone musculaire paralysée.

**f. Suture par entre-croisement.** — Signalons encore la *suture par entre-croisement* de LETIÉVANT. Elle repose sur le phénomène physiologique de la conductibilité nerveuse indifférente démontrée par les expériences de FLOURENS, BIDDER, GLÜGE et THIERNESSE, et par celles de PHILIPPEAUX et VULPIAN sur les nerfs de la langue. Elle n'est applicable que lorsque deux nerfs voisins et parallèles sont sectionnés. L'écartement est trop grand pour qu'on puisse faire la suture simple et d'autre part il faut supposer que les deux sections ne siègent pas exactement au même niveau. Alors, prenant le bout central d'un des nerfs, on le suture au bout périphérique de l'autre (voy. fig. 87).

TILLMANNS complète le procédé en anastomosant les deux bouts nerveux inutilisés au nerf reconstitué (voy. fig. 87). D'après ce que nous avons vu plus haut, ce temps opératoire complémentaire n'ajoute sans doute pas grand'chose au résultat final.

Dans un cas de section du nerf médian à l'avant-bras, LÖBKER, pour permettre le rapprochement des deux bouts, a imaginé l'opération complexe de la résection d'un segment des os cubitus et radius.

**Résumé.** — Pour résumer ce chapitre de la suture primitive,

<sup>1</sup> GLÜCK et BERNHARDT. Berl. Klin. Woch., XXV, 1888, p. 701-904.

nous dirons que le procédé de choix de la suture nerveuse primitive est la suture bout à bout suivant la technique de NÉLATON, en y associant, si l'on veut, surtout sur les gros troncs nerveux, quelques points de suture indirecte d'appui.

Il nous paraît inutile d'entourer la suture, comme on l'a conseillé, d'un cylindre fait d'un lambeau dermo-épidermique, taillé à la façon d'OLLIER-THIERSCH, et enroulé.

Les fils de suture devront être serrés avec attention et douceur, de façon à ne pas couper le tissu nerveux et à ne pas écraser les extrémités nerveuses l'une contre l'autre. Sitôt que le contact est obtenu il faut arrêter la constriction du fil, et éviter de serrer trop fort le second nœud.

Lorsque l'écartement des deux bouts nerveux est trop considérable pour permettre le rapprochement, même en élongeant le bout nerveux central, c'est à la suture à distance avec anses de catgut que nous donnons la préférence.

On se souviendra enfin de la *suture par entre-croisement* de LETIÉVANT qui pourra dans certains cas être avantageusement employée.

#### SUTURE SECONDAIRE

La *suture secondaire* se pratique dans deux conditions différentes. Un malade se présente quelques semaines ou quelques mois, parfois même plus d'une année après un traumatisme qui a entraîné l'anesthésie et l'impotence d'un membre. Les antécédents et l'examen permettent de penser qu'il y a eu section

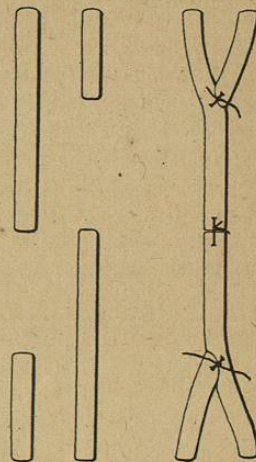


Fig. 87.

Suture par entre-croisement de LETIÉVANT. (Avec la modification de TILLMANNS).

d'un tronc nerveux important et que la régénération ne s'est pas faite spontanée. Il faut dans ce cas conseiller une opération qui aura pour but d'aller à la recherche des deux bouts nerveux et d'en faire la suture. D'autres fois, c'est de propos délibéré que le chirurgien, ayant vu le malade au moment de l'accident et s'étant assuré de l'état septique de la plaie, refuse de pratiquer toute intervention immédiate et remet la suture nerveuse à une époque ultérieure, quand la suppuration sera tarie et la cicatrisation des parties molles achevée. Cette suture secondaire aura d'autant plus de chance d'être facile et efficace qu'on attendra moins longtemps après la disparition de la suppuration pour la pratiquer.

Les deux bouts nerveux sont habituellement séparés par une distance de plusieurs centimètres. Le bout central est renflé en olive ; on sent à travers la cicatrice des téguments ce névrome dont la pression est parfois douloureuse. Il peut exister également une légère induration, un petit névrome à l'extrémité du bout périphérique, mais il est moins volumineux qu'au bout central. Entre les deux, on rencontre souvent une bride fibreuse les reliant l'un à l'autre ; c'est le premier effort de la nature vers la régénération (voir fig. 75). L'isolement des deux bouts est parfois délicat, il faut les sculpter dans une gangue fibreuse, cicatricielle, d'autant plus épaisse que la plaie aura suppuré davantage. Le bout central a perdu son élasticité, malgré les tractions exercées à son niveau, malgré son élongation, il est impossible de l'amener au contact du bout périphérique. C'est alors qu'il faut avoir recours aux artifices opératoires signalés précédemment : le plus simple et le meilleur avons-nous dit est la suture à distance au catgut. Dans des cas plus heureux les deux extrémités nerveuses pourront être amenées au contact et suturées après avoir eu soin de les aviver par une section transversale nette, au bistouri ou aux ciseaux fins.

Lorsque le bout central est extrêmement volumineux et le bout périphérique au contraire effilé, on pourra à l'exemple de BRUNS faire une suture spéciale après avoir taillé en V le bout central et introduit le bout périphérique pointu comme un coin entre les deux branches du V (voy. fig. 88). S'il existe entre les deux tronçons une bride fibreuse épaisse, BRUNS conseille de

l'inciser longitudinalement de façon à le dédoubler, et des sutures faites longitudinalement de chaque côté (voy. fig. 90) rapprochent les deux bouts nerveux et assurent leur contact sur une large surface.

La suture primitive, surtout lorsqu'elle est faite à la soie, peut

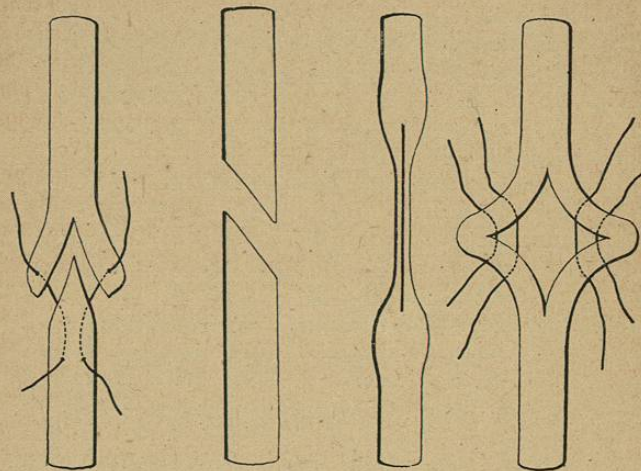


Fig. 88.  
Suture en V  
de BRUNS.

Fig. 89.  
Suture nerveuse.  
Avivement oblique.

Fig. 90.  
Suture par dédoublement  
de BRUNS.

entraîner la formation d'une cicatrice exubérante. La réunion a été obtenue, mais la plaie n'était pas parfaitement aseptique, et au lieu d'avoir une cicatrice mince et souple elle est épaisse et dure, l'inflammation et la sclérose étant entretenues par le ou les fils de soie. Loin d'être favorable, la suture primitive s'oppose dans ce cas à la régénération ; il y a tout intérêt à réopérer le malade, à faire l'excision du névrome cicatriciel scléreux, et à pratiquer une nouvelle suture nerveuse. C'est ce que fit BUSCH<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BUSCH. Dixième Congrès de Chirurgie allemande, 1881. Arch. f. Klin. chir., vol. XXVII.

pour une plaie du nerf radial. Cette plaie avait été primitivement suturée; il existait une masse cicatricielle exubérante. BUSCH, dans une seconde opération, en pratiqua l'excision, puis sutura les deux bouts nerveux, et obtint le rétablissement de la fonction du nerf. EHRMANN<sup>1</sup> a publié un cas analogue.

**Résultats thérapeutiques.** — Théoriquement la suture nerveuse, qu'elle soit primitive ou secondaire, n'a pas d'autre but que celui de favoriser la régénération. Étant donné qu'il est impossible de savoir si, à la suite d'une section nerveuse, la régénération se fera spontanément, la suture doit être pratiquée, à moins que, examinant le malade deux ou trois mois après l'accident, on ne relève des signes certains d'un début de régénération spontanée. On ne confondra pas la suppléance avec la régénération vraie. Outre le retour de la sensibilité, celle-ci se caractérise par le rétablissement lent et progressif des mouvements et surtout par la disparition de la réaction de dégénérescence à l'exploration électrique, et la réapparition de la contractilité faradique des muscles. La régénération post-opératoire se présentera avec les mêmes caractères. On ne sera pas trop pressé, et on ne devra pas se prononcer sur l'échec ou le succès d'une suture nerveuse avant cinq ou six mois. Passé ce laps de temps, s'il n'y a toujours aucun signe indiquant le retour des fonctions du nerf, on sera autorisé à admettre que la suture a échoué ou qu'un noyau fibreux interposé entre les bouts nerveux s'oppose à la régénération et par suite on devra tenter une nouvelle suture avec avivement ou résection limitée.

CHAPUT<sup>2</sup> en 1884 rassemble 39 cas de suture nerveuse primitive avec 15 échecs, et 27 cas de suture secondaire avec 7 insuccès. Cette statistique est en faveur de l'efficacité plus grande de la suture secondaire. Il faut remarquer que l'auteur a colligé des observations remontant à la période préantiseptique, et de ce fait les résultats sont faussés. Il relève un certain nombre de cas de *névrite* due peut-être à une technique défectueuse et qui a pu entraver le travail de régénération.

<sup>1</sup> EHRMANN. Gazette médicale de Strasbourg, 1<sup>er</sup> juillet 1888.

<sup>2</sup> CHAPUT. Arch. générales de médecine, 1884, t. XIV, p. 205 et 333.

ANDERSON HODGES<sup>1</sup>, cité par SCHWARTZ<sup>2</sup>, a publié, dans un travail sur la chirurgie réparatrice des nerfs périphériques, une statistique intéressante au point de vue qui nous occupe. Il a réuni 104 cas de sutures nerveuses primitives avec 74 p. 100 de succès, et 108 de sutures secondaires, avec 88 p. 100 de succès. Là encore l'avantage est en faveur de la suture secondaire. Ainsi que nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises on éviterait beaucoup de ces échecs et sans doute aussi beaucoup de complications infectieuses, c'est-à-dire de névrites en pratiquant moins souvent la suture primitive, en choisissant mieux ses cas.

L'opération de la suture nerveuse nécessite une immobilisation ultérieure du membre pendant quinze à vingt jours de façon à éviter toute traction qui romprait la très fragile union nerveuse. Ensuite, on favorisera dans de grandes proportions le retour des fonctions par un massage modéré et régulier, par des bains sulfureux et surtout par le traitement électrique. On emploiera d'abord les courants galvaniques faibles, de 6 à 8 milliampères, pendant deux ou trois heures chaque jour, pour combattre l'atrophie musculaire. Puis, on associera les courants faradiques aux galvaniques, lorsque la motilité commencera à revenir. Ces soins consécutifs ont une extrême importance et méritent d'être surveillés de près.

A côté des cas de guérison normale après suture nerveuse, guérison qui se caractérise, nous l'avons dit, par le retour tardif, lent et progressif de la sensibilité puis de la motilité, il existe dans la science un grand nombre d'*observations paradoxales* qui ont donné naissance à des discussions passionnées.

En 1853, PAGET ayant suturé le nerf radial et le nerf médian vit reparaitre la sensibilité un mois après l'opération chez un premier malade et, fait plus remarquable encore, douze jours après, chez un second malade.

<sup>1</sup> ANDERSON HODGES. Med. News, 12 novembre 1892.

<sup>2</sup> SCHWARTZ. Art. « Plaies des nerfs ». Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le Dentu et Pierre Delbet, t. IV, p. 79.

En 1864, LAUGIER<sup>1</sup> et NÉLATON<sup>2</sup> publièrent deux observations retentissantes : la sensibilité revint dans les deux cas très rapidement après l'opération, si bien que ces deux chirurgiens conclurent au prompt rétablissement fonctionnel des nerfs suturés.

Dans le cas de LAUGIER, il s'agissait d'une section incomplète du nerf radial et d'une section complète du médian. Ce dernier nerf fut suturé et la sensibilité reparaisait dès le soir de l'opération. NÉLATON réséqua une partie du médian et sutura les deux bouts. En moins de huit jours, la sensibilité et la motilité étaient rétablies.

Malgré l'autorité de ces deux chirurgiens leurs conclusions ne furent pas admises sans protestations. VULPIAN et MAGNIEN<sup>3</sup>, au nom de la physiologie, rejetèrent la réunion immédiate des nerfs. On invoqua les anomalies anatomiques ou les erreurs d'observation. Trois ans après les observations de LAUGIER et NÉLATON, A. RICHET<sup>4</sup> apporta un fait bien étudié et en opposition avec les précédents : dans une section complète du médian, il constata, en explorant la sensibilité avant la suture, qu'elle existait dans presque toute l'étendue du territoire du nerf coupé ; et, malgré la suture, les fonctions du nerf ne se rétablirent complètement qu'à longue échéance.

GLUCK<sup>5</sup>, expérimentant sur les animaux, obtint le rétablissement de la fonction quatre-vingts à quatre-vingt-six heures après la suture ! La grande majorité des expérimentateurs, JOHNSON, RANVIER, HEHN, FALKENHEIM<sup>6</sup>, VULPIAN, notamment, qui ont répété les expériences de GLUCK, sont unanimes à déclarer qu'ils n'ont rien observé d'analogue. Seul WOLBERG<sup>7</sup> croit avoir obtenu la réunion du nerf par première intention

<sup>1</sup> LAUGIER. C. R. Académie des Sciences, 1864.

<sup>2</sup> NÉLATON. Bull. et mémoires de la Société de chir., 1864, p. 301.

<sup>3</sup> MAGNIEN. Recherches expérimentales sur les affections consécutives à la lésion des nerfs mixtes. Thèse de doctorat, 1866, n° 28.

<sup>4</sup> A. RICHET. Gazette des hôpitaux, 1867, p. 519.

<sup>5</sup> GLUCK. Arch. f. Klin. Chir., 1880, XXV, p. 606-616.

<sup>6</sup> FALKENHEIM. In. Dissert. Königsberg, 1881.

<sup>7</sup> WOLBERG. Centr. f. Chir. 1881, n° 38, p. 593. Deut. Zeit. . Chir., 1883.

et le rétablissement immédiat de la fonction, une fois sur trente expériences. L'examen histologique vint confirmer le résultat physiologique. Sur 48 observations recueillies chez l'homme il aurait vu 13 cas de restauration précoce.

En 1884 le professeur TILLAUX publia à l'Académie des sciences un cas de plaie ancienne du médian pour laquelle il fit une suture secondaire. Le lendemain de l'opération la sensibilité reparaisait au niveau des doigts. La même année, CHAPUT<sup>1</sup> rapportait une nouvelle observation analogue du professeur TILLAUX, et, soutenant l'opinion de son maître de la réunion immédiate des nerfs suturés, il admet d'après ses recherches bibliographiques que celle-ci fut obtenue probablement quatre fois après la suture primitive et certainement sept fois après la suture secondaire. Il faut avouer que la réunion immédiate sur un nerf coupé depuis un temps plus ou moins long est encore plus difficile à comprendre que lorsqu'il s'agit d'une section récente. Dans le premier cas en effet on devrait, pour l'admettre, supposer que les cylindraxes persistent dans le bout périphérique même longtemps après la section. Cette conclusion ne cadre guère avec les données histo-physiologiques.

NICAISE<sup>2</sup>, la même année, faisant une suture secondaire du nerf médian, voyait la sensibilité revenir partiellement dès le lendemain. POLAILLON et SEGOND en 1887, publient chacun une observation analogue à la Société de chirurgie. Ce n'est plus une suture secondaire, mais bien une suture primitive dans laquelle on constate le retour immédiat de la sensibilité. A l'étranger, des faits semblables sont publiés. HUETER<sup>3</sup> ayant blessé le nerf cubital dans une résection du coude le sutura ; la sensibilité et la motilité reparaisent dès le troisième jour. Il s'agit encore d'une plaie du cubital dans le cas de TILLMANNS<sup>4</sup> : la suture fait revenir

<sup>1</sup> CHAPUT. *Loc. cit.*

<sup>2</sup> NICAISE. Revue de chirurgie, 1885, p. 373-366. Congrès français de chirurgie, 9 avril 1885.

<sup>3</sup> HUETER. Cinquième Congrès de la Société allemande de Chirurgie, 1876, t. I, p. 110-112.

<sup>4</sup> TILLMANNS. Dixième Congrès de la Société allemande de chirurgie, 6-9 avril 1881.

les fonctions dès le commencement de la quatrième semaine. Chez un homme de vingt-quatre ans, KÖLLIKER<sup>1</sup> suture le médian et le cubital, et quatorze jours après, les fonctions du médian se rétablissent. BOEGEHOLD<sup>2</sup> fait une suture primitive du nerf radial chez un enfant de deux ans et constate huit jours après le retour de la sensibilité et de la motilité. Le cas de KRAUSSOLD<sup>3</sup> est encore plus surprenant : les trois troncs nerveux du membre supérieur, médian, cubital et radial, sont coupés des deux côtés. Il suture immédiatement ces six nerfs, dès le deuxième jour la sensibilité reparait ; au septième jour, elle est complète et à la troisième semaine la motilité est également rétablie. Le professeur TILLAUX<sup>4</sup> apporte un nouveau fait à la Société de Biologie en 1888.

La question est reprise à l'Académie de Médecine en 1893 à propos d'observations publiées par les professeurs BERGER<sup>5</sup> et LE FORT. Ici encore la sensibilité était revenue très rapidement et LE FORT compare le retour de la sensibilité après la suture au rétablissement du courant dans les fils électriques unis bout à bout. LABORDE et BROWN-SÉQUARD, s'appuyant sur la physiologie et l'histologie, nient le fait, BROWN-SÉQUARD expose à nouveau sa séduisante hypothèse de la dynamogénie et de l'inhibition. Un nerf est coupé, la sensibilité a disparu dans son territoire malgré l'existence dans son épaisseur de fibres récurrentes anastomotiques qui ne sont pas dégénérées ; mais l'action de celles-ci est momentanément inhibée, elle sommeille. Qu'une excitation survienne (et la suture produit ce choc), et les fibres récurrentes entreront en fonction suppléant les fibres nerveuses dégénérées. Donc la suture pratiquée par le chirurgien a une action dynamogénique et rien de plus, du moins immédiatement, car, ultérieurement, elle favorise la régénération.

<sup>1</sup> KÖLLIKER. Centr. f. Chir., 1881, n° 8. p. 124.

<sup>2</sup> BOEGEHOLD. Arch. f. Klin. chir., XXVI, n° 2, p. 750, 1881.

<sup>3</sup> KRAUSSOLD. Centr. f. Chir., 1882, n° 13.

<sup>4</sup> TILLAUX et DEMARS. Soc. de Biol., 3 mai 1888.

<sup>5</sup> BERGER, LE FORT, LABORDE, BROWN-SÉQUARD. Académie de médecine, 7, 21 mars, 25 avril 1893. Discussion.

QUÉNU a brillamment soutenu la théorie de BROWN-SÉQUARD devant la Société de chirurgie à propos d'une communication de Ch. MONOD<sup>1</sup>. Ce dernier, ayant réséqué 4 centimètres du nerf radial pour un névrome, sutura séance tenante les deux bouts. Le lendemain matin, les extenseurs n'étaient nullement paralysés. S'appuyant sur des recherches expérimentales et histologiques personnelles, QUÉNU a démontré la non-réunion immédiate des nerfs sectionnés. Entre les deux bouts mis en contact s'interpose une bande de tissu conjonctif. De plus ce qui ferait supposer que l'acte chirurgical de la suture joue le rôle d'excitant, de facteur dynamogénique, c'est qu'on a pu obtenir un effet analogue en se contentant de découvrir un nerf qu'on croyait rompu et dont la réparation s'était produite spontanément, et QUÉNU cite à l'appui le fait du professeur TILLAUX (1888) et une observation personnelle dans laquelle la simple mise à nu d'un nerf anciennement coupé et spontanément restauré suffit à faire réapparaître la sensibilité jusque-là demeurée nulle.

Un des rares parmi les physiologistes actuels, HERZEN<sup>2</sup>, reprenant les idées de son illustre maître SCHIFF<sup>3</sup> de Lausanne, admet l'opinion des cliniciens, à savoir la réunion immédiate dans la suture nerveuse secondaire. Les fibres du bout inférieur ne dégèrent pas comme le disent tous les expérimentateurs, RANVIER en particulier, et, par suite, les fibres venues du bout central s'unissent à elles directement. Aujourd'hui que la technique chirurgicale s'est considérablement perfectionnée, il y aurait lieu de reprendre les expériences de RANVIER, à l'exemple de QUÉNU, et de les contrôler avec toute la rigueur que donnent les opérations strictement aseptiques. Les observations anciennes, et, il faut bien le dire, nombre d'observations

<sup>1</sup> Ch. MONOD. QUÉNU. Bulletins de la Société de chirurgie, 1894, p. 103.

<sup>2</sup> HERZEN. Séance annuelle de la Société Vaudoise, 15 juin 1892. Sem. méd., 1892, p. 328. Revue scientifique, 1894, p. 362-571-636.

<sup>3</sup> SCHIFF. Semaine médicale, 1887, p. 350. Assoc. Franç. pour l'avanc. des Sciences. Session de Besançon, 7 août 1892.

récentes n'offrent pas à ce point de vue de garanties suffisantes.

Quoi qu'il en soit, jusqu'à nouvel ordre, je pense qu'il faut admettre avec la grande majorité des histologistes et des physiologistes que toute section nerveuse entraîne fatalement la dégénération des fibres du bout périphérique à l'exception de certains fibres dites récurrentes qui ayant dans le tronc nerveux un trajet inverse, demeurent à peu près intactes dans le bout périphérique tandis qu'elles dégèrent dans le bout central. Après la section d'un nerf mixte, il faut donc s'attendre à constater la perte de la sensibilité et de la motilité dans le territoire correspondant et ne compter que sur un lent et tardif rétablissement des fonctions.

Parmi les nombreux faits paradoxaux publiés, il y a lieu de distinguer les sutures primitives et les sutures secondaires. Dans ce dernier cas, la suppléance latente, l'accommodation qui s'est développée insidieusement est mise au jour par l'opération agissant comme cause provocatrice, dynamogénique. Les anastomoses nerveuses, les récurrences jouent sans doute un rôle dans ce retour des fonctions, bien que ce rôle ne soit pas toujours facile à mettre en évidence. D'ailleurs le rétablissement de la motilité est seul intéressant, la sensibilité a beaucoup moins d'importance, et c'est cependant sur elle que presque tous les auteurs ont insisté. Nous avons vu plus haut combien les troubles sensitifs sont variables, en partie à cause de la fréquence des anomalies anatomiques. Que de fois, dans les plaies des nerfs, en dehors de toute suture, ne trouve-t-on pas en défaut le schéma de l'anesthésie, tel que l'indiquent l'anatomie et la physiologie. Les faits de rétablissement des fonctions après la suture primitive sont beaucoup plus embarrassants. Aussi devra-t-on se montrer très exigeant dans le détail des observations. Bien des cas publiés ne donnent que des renseignements tout à fait insuffisants. Ce n'est pas seulement le résultat de l'exploration du lendemain de la suture qu'on devra produire, mais l'évolution ultérieure, l'état des muscles, leur réaction électrique régulièrement relevée. Dans tel cas on rapporte qu'au lendemain d'une suture nerveuse primitive les muscles avaient

leur fonctionnement normal, il eût été important de dire ce qui arriva les jours suivants, si la motilité persista intacte. Je serais, pour ma part, tenté d'admettre qu'un certain nombre de faits dans lesquels on signale un retour partiel de la sensibilité le soir ou le lendemain de la suture ne donnèrent un pareil résultat que parce que l'opération ne fut pas pratiquée avec toute l'asepsie voulue, et que cette réapparition de la sensibilité est l'effet de l'inflammation septique. Qu'arriva-t-il par la suite ? les observations ne sont pas toujours suffisamment explicites à ce point de vue.

Pour résumer ce long chapitre de thérapeutique, je dirai que lorsqu'on se trouve en présence d'une section nerveuse complète et qu'on s'est assuré du siège exact de la lésion, il y a deux indications capitales à remplir : la première est de s'opposer au développement de la névrite, conséquence de l'infection de la plaie, la seconde est de favoriser la régénération du nerf. Pour répondre à cette dernière indication, il faut pratiquer la suture des deux bouts du nerf, en employant de préférence la suture mixte directe et indirecte, et, s'il n'y a pas moyen de faire autrement, la suture à distance. Mais cette seconde indication est subordonnée à la première ; avant tout il faut enrayer la névrite car elle entraîne des désordres irréparables, c'est elle qui constitue le principal obstacle à la régénération. Quand il n'y a pas de névrite, la régénération est toujours possible, même à longue échéance au prix d'une opération simple et bénigne, la suture secondaire. Etant donné que la préoccupation constante du chirurgien doit être d'éviter la névrite, et j'y insiste à dessein, on ne se pressera pas trop de faire la suture nerveuse, sachant que dans une plaie infectée elle est vouée à l'échec et que les fils de suture, loin d'être utiles dans ce cas, sont nuisibles parce que, agissant à la façon de corps étrangers, ils entretiennent et augmentent l'inflammation. Donc, si la plaie récente est manifestement infectée ou si, datant de quelques jours, elle suppure, on s'abstiendra de toute suture, on s'assurera qu'il n'existe pas de corps étrangers et on drainera largement. La question de la suture secondaire se posera plus tard, lorsque la plaie sera cicatrisée. En cas de doute, dans une plaie récente, on tentera la

suture mais on emploiera, à l'exemple de BRUNS<sup>1</sup>, le catgut de préférence à la soie.

<sup>1</sup> GLEISS. *Beit. z. Klin. Chir.*, X, 2, 1893, rapporte 13 cas de sutures nerveuses au catgut recueillis à la clinique de Tübingen, avec 9 guérisons complètes.

## CHAPITRE II

### LÉSIONS TRAUMATIQUES NON EXPOSÉES

A côté des plaies des nerfs, il faut étudier les *traumatismes fermés* dans lesquels le nerf est altéré sans avoir subi directement l'action du trauma. Nous devons envisager successivement : la *compression nerveuse*, la *contusion*, la *distension* et la *rupture* et enfin la *luxation*.

#### ARTICLE PREMIER

#### LUXATION

La *luxation* est tout à fait spéciale, son étude se résume à celle du déplacement du nerf cubital hors de la gouttière rétro-épitrochléenne. Il n'existe pas en effet dans l'économie d'autre nerf pour lequel on ait des données certaines.

KÖLLIKER<sup>1</sup> admet que dans certains cas de fracture de la tête du péroné, il peut y avoir luxation du nerf sciatique poplité externe. Mais c'est là une simple hypothèse ne reposant sur aucun fait anatomique précis. De même, MASCAREL<sup>2</sup> a publié deux observations de luxation du nerf circonflexe ; du moins l'auteur pense que telle était la lésion dans les deux cas, d'après les troubles présentés par les malades et sans aucune constatation directe. Ces faits sont eux aussi sujets à caution.

Les luxations du nerf cubital, par contre, sont aujourd'hui bien connues. Bien qu'elles ne soient pas fréquentes, il en existe un nombre suffisant d'observations pour qu'on puisse écrire leur

<sup>1</sup> KÖLLIKER. *Deut. Chir. de Billroth et Lücke*, fascicule 23 bis, 1890.

<sup>2</sup> MASCAREL. *France médicale*, 1883 (cité par Schwartz).