

e. *Jambier postérieur.* — Il est dangereux d'attaquer le tendon du jambier postérieur derrière la malléole interne, à cause du voisinage du nerf et des vaisseaux tibiaux postérieurs et du long fléchisseur commun. On a proposé de le diviser au pied, mais, chez les sujets atteints de varus, cela est fort difficile.

f. *Long fléchisseur propre du gros orteil.* — Le long fléchisseur propre du gros orteil sera divisé au niveau du métatarsien ou de la première phalange de cet orteil.

g. *Fléchisseurs des orteils.* — La ténotomie des tendons fléchisseurs des quatre derniers orteils se fera à la hauteur de la première phalange. On pourra ici couper simultanément et sans distinction les tendons des long et court fléchisseurs, la mobilité des orteils n'ayant qu'une mince importance.

§ 2. *Aponévrotomie.* — a. *Aponévrose palmaire.* — Je ne parlerai pas de la section des muscles du dos qui n'est pas passée dans la pratique chirurgicale, mais je dois dire un mot des opérations destinées à obvier à cet état connu sous le nom assez impropre de rétraction de l'aponévrose palmaire, et dans lequel on observe sur les côtés des doigts des brides qui les fixent dans un état plus ou moins prononcé de flexion.

Pour y remédier, Dupuytren coupait en travers la peau et les brides à la hauteur où celles-ci étaient les plus saillantes; si une seule incision ne suffisait pas, il en pratiquait une seconde et au besoin une troisième, à différents niveaux. Il pansait à plat, et maintenait le doigt dans l'extension.

Blandin a proposé la section sous-cutanée de ces brides, idée dont on a fait assez légèrement les honneurs à A. Cooper.

Goyrand incisait longitudinalement la peau sur la bride, disséquait les deux faces de cette dernière, la coupait en travers et réunissait par la suture la plaie tégumentaire.

Le procédé de Blandin est supérieur à celui de Goyrand, qui vaut lui-même mieux que celui de Dupuytren. Ces deux derniers peuvent cependant trouver leur application dans certains cas donnés.

b. *Aponévrose plantaire.* — On a quelquefois, dans les cas de pied équin et de pied varus, à diviser une partie de l'aponévrose plantaire rétractée. On la sectionne de la peau vers les parties profondes.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE SYSTÈME NERVEUX.

ARTICLE 1^{er}

PORTION CENTRALE.

§ 1. *Encéphale.* — A. *Hydrocéphalie.* — Je n'ai à signaler ici que la compression, moyen inefficace, et la ponction, qui est en somme une opération dont les indications sont douteuses. Si on voulait la pratiquer, on se servirait d'un trocart fin que l'on enfoncerait à une profondeur suffisante pour pénétrer dans les ventricules, et sur un point où les parois du crâne sont membraneuses, en ayant soin d'éviter le sinus longitudinal supérieur. Dieulafoy a eu recours à son aspirateur.

B. *Encéphalocèle, hydrocéphalocèle, méningocèle.* — a. *Compression.* — La compression est employée comme moyen palliatif. On la pratique avec des plaques de nature diverse, accommodées à la configuration et au volume de la tumeur.

La ponction, qui est contre-indiquée quand il n'y a pas de liquide dans la tumeur, peut à la rigueur être mise en usage dans les cas où la hernie contient un épanchement liquide en même temps qu'une portion de l'encéphale, et surtout dans les méningocèles; mais elle n'est guère qu'un moyen palliatif.

b. *Injection iodée, séton.* — C'est aussi aux méningocèles seulement que peuvent s'appliquer l'injection iodée, avec la précaution préalable d'appliquer sur le pédicule de la tumeur une constriction suffisante pour empêcher le liquide injecté de pénétrer dans la boîte crânienne, et le séton.

L'injection iodée et le séton sont plus dangereux que la ponction qui est elle-même loin d'être inoffensive.

c. *Incision, excision, ligature.* — Quant à l'incision, à l'excision, à la ligature de la tumeur, je ne les citerai ici que pour les blâmer.

d. *Opérations de Niemeyer et de Holmes.* — Je dirai un mot, en terminant, des opérations proposées par Niemeyer et par Holmes.

Celle de Niemeyer s'applique aux cas où la hernie encéphalique est entourée de liquide. Elle consiste à réduire la portion solide de la tumeur et à appliquer sur le pédicule une ligature qui, tout en empêchant la partie réduite de sortir, laisse la cavité herniaire communiquer avec la cavité crânienne; ensuite on ponctionne et, petit à petit, on serre la ligature jusqu'à ce que la communication soit supprimée. Cette opération implique la réductibilité de la hernie encéphalique.

Holmes dit que, dans les cas de méningocèle, si l'on voulait enlever la tumeur, on pourrait recourir à l'opération suivante: sur le pédicule on appliquerait un clamp, puis on ponctionnerait et on serrerait le clamp à mesure que le liquide s'évacuerait, de façon à accoler l'une à l'autre les parois du pédicule. On enlèverait ensuite la tumeur en conservant deux lambeaux cutanés suffisants pour boucher l'ouverture, et on réunirait ces lambeaux par la suture; on retirerait le clamp au bout de vingt-quatre heures. Cette opération est bien chanceuse.

Si l'on avait affaire à une méningocèle ayant cessé de communiquer avec la cavité crânienne, elle serait justiciable des moyens employés pour la cure des kystes séreux. Dans le cas où elle serait pédiculée, on pourrait la détruire par la ligature.

§ 2. *Moelle épinière.* — A. *Spina-bifida ou hydrorachis.* — Une série de moyens ont été employés pour obtenir la cure des spina-bifida ou hydrorachis.

a. *Ponction.* — Elle peut être pratiquée seule ou aidée par la compression. Elle est du reste loin d'avoir une efficacité certaine. Astley Cooper la faisait avec une aiguille. On peut se servir d'un aspirateur.

b. *Galvano-puncture.* — Proposée par Newerman, elle n'a pas, que je sache, été appliquée.

c. *Séton.* — C'est un moyen très-dangereux.

d. *Ponction et injection iodée.* — Deux procédés se présentent ici: le procédé ordinaire ou de Velpeau, qui consiste à évacuer la tu-

meur et à pousser ensuite l'injection, l'autre préconisé par Brai-nard, de Chicago. Ce dernier, après avoir laissé écouler par la canule du trocart une petite quantité de liquide, injecte une quantité égale d'une solution iodée faible qu'il laisse dans la tumeur. Cette opération doit être répétée un certain nombre de fois, et le titre de la solution est élevé en raison du nombre des ponctions déjà pratiquées.

Malgré les succès procurés par l'injection iodée, elle n'en est pas moins entourée de dangers très-sérieux, surtout lorsque la tumeur communique librement avec la cavité rachidienne ou qu'elle renferme du tissu nerveux. Elle ne doit donc être mise en usage que dans les cas où la communication entre la cavité rachidienne et celle du kyste se fait par un orifice étroit, et où ce dernier ne paraît pas contenir de cordon nerveux.

Il est bon, si l'on recourt au procédé de Velpeau, d'exercer, au moment de l'injection et un certain temps après, une compression au niveau du pédicule, afin d'empêcher le liquide injecté de pénétrer dans la cavité rachidienne.

e. *Ligature.* — Elle se fait tout simplement quand la tumeur est pédiculée et que l'on peut sans inconvénient faire refluer une partie du liquide dans le rachis. Pour supprimer la douleur produite par la ligature, Beaunier a d'abord attaqué les téguments avec la pâte de Vienne.

Si les conditions favorables à la ligature et que je viens de signaler n'existent pas, on peut recourir au procédé de Beynard, qui comprime la base de la tumeur entre deux tuyaux de plume traversés par un cordonnet qui permet de les serrer, ou bien l'étrangler entre deux baguettes de bois percées aux extrémités de trous destinés à recevoir un lien, comme l'a fait Latil de Thimécourt.

f. *Accolement et excision.* — Par cette méthode, P. Dubois cherchait, non pas à mortifier la tumeur, mais à déterminer des adhérences entre les parois opposées de la membrane interne, se proposant ensuite d'exciser la portion de la poche située en arrière de l'oblitération. Il se servait pour cela de deux lamelles de fer convexes terminées de chaque côté par un renflement supporté par un col.

La base de la tumeur comprimée entre les plaques, il les maintint rapprochées à l'aide d'un fil serré autour des extrémités; puis, par deux trous pratiqués dans les plaques, il introduisit deux épingles qui traversaient la poche, et cela dans le but de déterminer plus sûrement des adhérences.

Le malade succomba le troisième jour avant que l'excision eût été pratiquée.

Wilson de Clay-Cross a employé un procédé analogue; après avoir appliqué sur la base de la tumeur une espèce de clamp qu'il serra graduellement, le cinquième jour il excisa la tumeur. Le malade guérit.

g. *Écrasement linéaire.* — Gigon d'Angoulême a traité avec succès un spina-bifida par l'écrasement linéaire.

h. *Excision avec suture.* — L'excision simple est ici trop manifestement périlleuse pour qu'on doive s'y arrêter. Aussi a-t-on songé à réunir, au moyen de la suture, la plaie produite par l'excision d'une partie de la tumeur. Employé une première fois par Trowbridge, ce procédé a ensuite été mis en pratique par Dubourg, de Marmande, et est généralement connu sous le nom de procédé de Dubourg. Voici la manière de faire de ce praticien: l'enfant est couché à plat ventre sur les genoux de l'opérateur; celui-ci, à l'aide d'une incision longitudinale, pénètre dans la poche et applique son doigt sur l'ouverture rachidienne. Par une deuxième incision, il taille et enlève un lambeau formé par la paroi du kyste et réunit les bords de la perte de substance au moyen de la suture entortillée. Ce procédé a donné quelques succès.

Au lieu d'appliquer le doigt pour obturer l'ouverture du canal rachidien, Taignot a imaginé de comprimer avec une longue pince le pédicule de la tumeur pendant l'opération.

On pourrait aussi, comme le recommande A. Guérin, appliquer les épingles avant de faire l'excision, et faire tenir par un aide les parois du pédicule en contact. Une ponction évacuatrice faciliterait au besoin cette manœuvre.

L'excision, malgré les quelques succès qu'elle a donnés, n'en constitue pas moins une opération fort périlleuse, car elle expose, entre autres accidents, à retrancher des cordons nerveux contenus dans la tumeur. En somme, si l'on veut à tout prix traiter le spina-

bifida, la ponction simple suivie de la compression me paraît le seul moyen à employer, surtout pour les tumeurs de la région lombaire qui contiennent des nerfs ou une portion de la moelle.

ARTICLE II

SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE.

§ 1. *Section des nerfs, névrotomie.* — On a eu recours, principalement dans les cas de névralgie rebelle, à la section des nerfs ou névrotomie. Cette pratique, qui n'est pas toujours suivie de succès, est en somme l'*ultima ratio* de la thérapeutique des névralgies.

Appliquée aux nerfs purement sensitifs, elle n'a pas de bien graves inconvénients, mais les dangers sont tout autres, lorsque la section intéresse des nerfs mixtes, et qu'elle condamne à une paralysie qui peut être permanente, les muscles de toute une région.

Plusieurs modes opératoires ont été proposés pour interrompre la continuité des nerfs: la section simple à ciel ouvert, la section par la méthode sous-cutanée (Bonnet), l'excision à laquelle Maligne conseillait d'ajouter le repliement de chaque bout du nerf de façon à ce que la réunion fût plus difficile. Boyer a préconisé la cautérisation, et L. Beau a eu recours à l'arrachement.

L'anesthésie est presque indispensable pour ces opérations.

A. *Nerfs de la face* (fig. 144). — a. *Nerf frontal.* — Rameau moyen de la branche ophthalmique de Willis, le nerf frontal se divise lui-même dans l'orbite en deux rameaux secondaires, le frontal interne et le frontal externe, qui vont tous les deux se rendre sur le front, le premier en passant dans le trou ou l'échancrure sus-orbitaire, qui se trouve à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de l'arcade orbitaire, et le second en se plaçant à un centimètre en moyenne plus en dedans.

Je dirai ici que, lorsqu'on veut pratiquer la section d'un nerf atteint de névralgie, on a en général pour se guider, non-seulement les connaissances anatomiques, mais encore les renseignements fournis par les malades, qui précisent d'une façon très-nette le siège de la douleur et partant le point où l'on doit trouver le nerf.

Pour couper le nerf frontal ou plutôt les nerfs frontaux, Velpeau

recommandait une incision de trois centimètres (fig. 144, 1), commençant au niveau de l'apophyse orbitaire interne, et se portant en dehors en passant à quelques millimètres au-dessus de l'arcade orbitaire. Cette incision devait pénétrer jusqu'à l'os.



Fig. 144. — Section des nerfs de la face.

1. Section du nerf frontal.
2. Section du nerf sous-orbitaire.
3. Section du nerf dentaire inférieur.

longeant la dissection à un centimètre en dedans, sous la partie antérieure de la voûte orbitaire, il découvre le nerf frontal interne. Il divise alors les nerfs à l'aide de ciseaux.

Procédé sous-cutané (Bonnet). — Avec les quatre derniers doigts de la main gauche, le chirurgien relève la peau du front; puis il enfonce un ténotome aigu entre les deux sourcils, à un centimètre de la ligne médiane, le tranchant dirigé en bas, et le pousse en dehors en raclant l'os jusqu'à ce que la pointe ait dépassé le milieu de l'arcade sourcillière. Il imprime alors à son instrument des mouvements de bascule.

Le procédé de Létievant est celui qui nous paraît offrir le plus de

garantie au point de vue de la certitude de la section du nerf.

b. Nerf sous-orbitaire. — Ce nerf, branche terminale du maxillaire supérieur, s'engage dans le conduit sous-orbitaire et se divise en une série de branches divergentes, en sortant par le trou du même nom placé à la partie supérieure de la fosse canine, au-dessus de la première ou de la seconde petite molaire et à une distance du bord inférieur de l'orbite qui varie de six millimètres à un centimètre.

On sectionne ce nerf à son point d'émergence ou dans le conduit sous-orbitaire.

1° A son point d'émergence. — On peut couper le nerf en ce point, en enfonçant de bas en haut un ténotome dans la bouche, au niveau du sillon labio-gingival supérieur, et en le faisant remonter jusqu'à la hauteur du trou sous-orbitaire.

C'est là un procédé sous-muqueux.

Pour le diviser à travers la peau, voici le procédé qui me paraît le plus commode (fig. 144, 2) : de l'extrémité externe du bord inférieur de l'aile du nez, on tire une ligne droite aboutissant à l'angle inférieur et externe de l'orbite. Le trou sous-orbitaire se trouve sur un point du tiers moyen de cette ligne. C'est donc suivant le tiers moyen de la ligne en question que l'incision devra être pratiquée. On respectera autant que possible les vaisseaux.

Certains chirurgiens ont placé l'incision dans le sillon naso-jugal.

Procédé sous-cutané (Bonnet). — L'opérateur enfonce de dehors en dedans le ténotome, le tranchant dirigé en haut, à deux centimètres en dehors du point qui correspond au trou sous-orbitaire, et à deux centimètres au-dessous du bord inférieur de l'orbite. De la main gauche il abaisse la lèvre supérieure, et de la droite il pousse l'instrument jusqu'à ce qu'il soit arrivé contre la saillie du nez; il lui imprime alors des mouvements de bascule.

2° Dans le conduit sous-orbitaire. — Malgaigne a proposé le procédé suivant pour diviser le nerf dans le canal sous-orbitaire et l'arracher : on enfonce un ténotome solide le long du plancher de l'orbite dans la direction du nerf sous-orbitaire et, arrivé à deux centimètres de profondeur, on sectionne le plancher de l'orbite qui est assez mince pour que le ténotome puisse le diviser; le nerf est coupé du même coup. Ensuite, par une incision transversale faite

à un centimètre au-dessous du bord inférieur de l'orbite, le chirurgien met le nerf à nu, le saisit avec des pinces et l'arrache.

Ce procédé a été appliqué pour la première fois sur le vivant par Langenbeck.

Procédé de Létievant. — Pour le pratiquer, il faut avoir, entre autres instruments, une cuillère à café assez creuse pour recevoir le globe oculaire et ses enveloppes, un petit crochet un peu courbe, destiné à pénétrer dans la gouttière sous-orbitaire, et des pinces à mors plats.

On fait, suivant le bord inférieur de l'orbite et le bord adhérent de la paupière inférieure, une incision longue de vingt-cinq millimètres, commençant à quinze millimètres de la racine du nez. Cette incision doit pénétrer jusqu'à l'os.

Elle permet de décoller sans peine le périoste du plancher de l'orbite. On glisse alors la cuillère entre le périoste et l'os, en embrassant dans la concavité les parties molles de l'orbite, et on découvre le canal sous-orbitaire recouvert par une membrane fibreuse en arrière et une lamelle osseuse à la partie antérieure. On divise la partie fibreuse avec le bistouri, et on sectionne la lamelle osseuse avec un instrument plus résistant.

Lorsque l'on a suffisamment élargi la gouttière, on y introduit le crochet en long, puis on le retourne, et on charge ainsi le nerf sous-orbitaire que l'on peut sectionner ou exciser, après s'être assuré que l'artère sous-orbitaire n'a pas été chargée en même temps, et l'avoir rejetée, si elle l'a été.

Le procédé de Létievant, dans lequel on voit ce que l'on fait, me paraît préférable à celui de Malgaigne.

c. Nerfs dentaires postérieurs et supérieurs. — Au nombre de deux ou trois, ils naissent du nerf maxillaire supérieur au moment où il va pénétrer dans la gouttière sous-orbitaire. Après avoir décrit quelques flexuosités sur la tubérosité maxillaire, ils s'engagent dans les conduits dentaires postérieurs et supérieurs.

J. Roux, pour exciser ces nerfs, recommande de trépaner le sinus en arrière de la fosse canine et d'enlever avec un emporte-pièce la portion de la tubérosité maxillaire que parcourent les canaux en question. Létievant se sert du ciseau pour attaquer la tubérosité maxillaire et arrache ensuite en même temps les portions d'os et les nerfs.

d. Nerf maxillaire supérieur. — (Je ne comprendrai pas sous cette dénomination la portion du nerf qui est contenue dans le canal sous-orbitaire et dont je viens d'étudier la section sous le nom de nerf sous-orbitaire.)

Le maxillaire supérieur, seconde branche du trijumeau, sort du crâne par le trou grand rond et traverse la fosse ptérygo-maxillaire, en se portant un peu en dehors, vers la gouttière sous-orbitaire. Dans cette fosse, il est entouré par du tissu adipeux; une lame fibreuse qui relie les parois externe et inférieure de l'orbite en se continuant avec le périoste de l'orbite, le sépare des parties molles contenues dans cette cavité.

Le ganglion sphéno-palatin ou ganglion de Meckel est appendu au nerf maxillaire supérieur, immédiatement en dehors du trou sphéno-épineux.

Pour exciser le ganglion de Meckel et une portion du nerf maxillaire supérieur, Carnochan a employé le procédé suivant: il commence par former un lambeau triangulaire dont la base répond au bord inférieur de l'orbite et dont le sommet s'arrête au niveau du sillon naso-labial. Ce lambeau relevé, du point qui correspond à son sommet, il fait partir une incision verticale qui divise la lèvre. Il découvre le point d'émergence du nerf sous-orbitaire et, à l'aide d'une couronne de trépan, enlève la portion d'os correspondante. Avec la pince de Luer et le ciseau, il resèque le pourtour du trou sous-orbitaire et la portion osseuse du canal du même nom, brise avec le ciseau la paroi postérieure du sinus et enlève les esquilles ainsi produites. En disséquant le tronc du nerf, il arrive sur le ganglion de Meckel, en coupe les branches, et, à l'aide de ciseaux courbes, il sectionne le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne et en resèque quelques centimètres.

Létievant a proposé une opération qui produit des délabrements moins étendus que la précédente, mais, comme elle, expose à des hémorrhagies sérieuses. Voici cette opération: une première incision courbe, arrivant jusqu'aux os, est pratiquée au niveau du bord inférieur de l'orbite; on décolle le périoste du plancher de cette cavité et on soulève les parties molles intra-orbitaires que l'on protège, comme je l'ai déjà exposé ci-dessus, avec une cuillère à café. De cette première incision on en fait partir une seconde, verticale,

passant au niveau du trou sous-orbitaire et arrivant jusqu'à la fosse canine; on a ainsi une incision en T.

On décolle avec une rugine les lèvres de la plaie verticale et on met à nu la paroi antérieure du sinus que l'on attaque avec le trépan ou un ciseau, et que l'on enlève sans toucher au rebord orbitaire.

Il est alors possible de suivre par transparence, à travers le plancher de l'orbite, le nerf sous-orbitaire jusqu'au niveau de la fente ptérygo-maxillaire. Le chirurgien brise la partie la plus élevée de la paroi postérieure du sinus et, à l'aide d'une pince introduite dans l'orbite, il saisit et attire le nerf sous-orbitaire, tandis qu'avec un bistouri passé à travers le sinus, il sectionne le nerf en travers, à un centimètre en arrière du point où il le perd de vue.

La section du nerf maxillaire supérieur est une opération grave qui, si tant est qu'elle doive être pratiquée, ne peut être employée que pour des cas extrêmes.

e. *Nerf dentaire inférieur.* — Émané du nerf maxillaire inférieur, le dentaire inférieur se porte d'abord à peu près verticalement en bas et, dans cette partie de son trajet, se place entre les deux ptérygoïdiens. Puis il se dirige obliquement en bas et en avant, entre la branche de la mâchoire et le ptérygoïdien interne; il s'engage dans le canal dentaire inférieur qu'il parcourt avec l'artère du même nom, et sort par le trou mentonnier qui se trouve placé au-dessus de la première ou de la deuxième petite molaire.

On divise ce nerf à sa sortie du canal dentaire, dans ce canal et avant qu'il y ait pénétré.

1° A SA SORTIE DU CANAL. — On peut diviser le nerf à ce niveau, en pénétrant par le sillon labio-gingival (fig. 144, 3), ou bien arriver sur lui à travers la peau, ce que P. Bérard faisait au moyen d'une incision en T. Je rappellerai ici que, chez l'adulte, le trou mentonnier est à peu près à égale distance des deux bords du maxillaire, tandis que chez le vieillard, en raison de la chute des dents et de la résorption du bord supérieur de l'os, il est plus rapproché de ce dernier.

Bonnet faisait la section sous-cutanée en introduisant le ténotome, la pointe en dedans et le tranchant en bas, à deux centimètres en dehors de la symphyse et à la même distance du bord inférieur de l'os.

Le procédé dans lequel on passe par le sillon labio-gingival me paraît le meilleur.

2° DANS LE CONDUIT DENTAIRE. — *Procédé de Jules Roux.* — Le chirurgien forme un lambeau à convexité inférieure étendu du trou mentonnier au bord antérieur du masséter, découvre l'os et applique une petite couronne de trépan au-dessus de la dernière grosse molaire. Il pénètre ainsi dans le canal dentaire, coupe le nerf et en cautérise les extrémités.

L. Beau place la couronne de trépan à deux centimètres en dehors du trou mentonnier, découvre et coupe le nerf; il le sectionne encore à sa sortie par le trou mentonnier. Puis, saisissant avec des pinces le tronçon nerveux ainsi isolé par ses deux extrémités, il exerce des tractions alternatives des deux côtés et finit par l'arracher. Boeckel arrive sur le nerf sans intéresser la peau et en passant par la bouche. Voici comment il procède: les mâchoires étant écartées, à l'aide d'un bistouri introduit par la bouche il détache la joue du maxillaire inférieur et arrive sur le trou mentonnier. Il isole dans une certaine étendue le nerf et l'artère qui en sortent et, avec une gouge ou une tréphine, enlève la table externe de l'os et coupe le nerf, dont il extrait une portion par le trou mentonnier. Ce procédé a l'avantage de laisser la peau intacte.

3° AVANT SON ENTRÉE. — *Procédé de Warren.* — Warren fit une incision étendue de l'échancrure sigmoïde à la base du maxillaire inférieur et arriva ainsi sur la parotide. Il la disséqua, et, en coupant une portion du masséter, il découvrit le maxillaire sur lequel il appliqua une couronne de trépan, à deux centimètres ou deux centimètres et demi au-dessous de l'échancrure sigmoïde. Après l'ablation des deux tables de l'os, il put saisir le nerf et en excisa une portion.

Le procédé de Warren expose à une série d'inconvénients, entre autres la section de plusieurs branches du facial, du conduit de Sténon, etc.

Procédé intra-buccal. — Lizars eut le premier l'idée d'aller à la recherche du nerf dentaire inférieur en passant par la cavité buccale, et Michel paraît avoir le premier employé sur le vivant ce mode opératoire. Voici comment on procède lorsqu'on veut arriver par la bouche sur le nerf en question: les mâchoires du malade

étant maintenues écartées à l'aide d'un instrument approprié appliqué du côté opposé à celui sur lequel on veut agir, tandis que de ce côté la commissure labiale est attirée en arrière par un crochet mousse, avec un bistouri à long manche on pratique sur la muqueuse au niveau du bord antérieur du tendon du temporal, un peu en dedans du bord antérieur de l'apophyse coronoïde, une incision étendue de la dernière molaire supérieure à la dent correspondante du maxillaire inférieur. Cette incision doit arriver jusqu'au tendon du temporal. Le chirurgien retire le bistouri et enfonce entre les lèvres de la plaie son index gauche, qu'il fait pénétrer entre le ptérygoïdien interne et le tendon du temporal. Avec la pulpe de ce doigt, il cherche l'épine qui surmonte l'origine du canal dentaire inférieur. Lorsqu'il a trouvé cette épine, il glisse sur le doigt un crochet mousse avec lequel il charge le nerf et l'artère qui l'accompagne, et les divise avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt et dont la lame tournée en dehors sectionne le nerf en le pressant contre la face interne de la branche du maxillaire. La section de l'artère dentaire inférieure n'offre aucun danger.

On peut par ce même procédé arriver à exciser une portion du nerf. Menzel a fait fabriquer une espèce de crochet destiné à faciliter cette excision.

f. *Nerf lingual.* — Ce nerf qui naît du maxillaire inférieur comme le précédent décrit comme lui une courbe à concavité antéro-supérieure. Il chemine d'abord entre le pharynx et le ptérygoïdien externe, puis entre les deux ptérygoïdiens, et ensuite entre le ptérygoïdien interne et la branche de la mâchoire. Il se place enfin au-dessus de la glande sous-maxillaire, sous la membrane muqueuse du plancher de la bouche, à cinq millimètres du point où elle se réfléchit sur le côté de la langue, et pénètre dans cet organe.

Comme pour le nerf dentaire inférieur, on peut arriver sur le nerf lingual en divisant la peau, ou en l'attaquant par la bouche.

Des procédés employés pour atteindre le lingual par une incision cutanée, le meilleur est celui de Luscka, qui coupe les téguments sous la base du maxillaire et va à la recherche du nerf en passant entre l'os et la glande sous-maxillaire.

Quelques recherches que j'ai faites à ce sujet m'ont conduit aux règles suivantes pour arriver sur le nerf au moment où il apparaît en avant du ptérygoïdien interne, en passant par la région sus-hyoidienne : incision de deux centimètres correspondant à la lèvre interne du bord inférieur du maxillaire ; cette incision doit s'arrêter à un centimètre en avant de l'angle de la mâchoire, de façon à éviter l'artère faciale dont il faut préalablement reconnaître la position. On incise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaucier et le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale ; on déprime la glande sous-maxillaire et on aperçoit alors la face postérieure du maxillaire. Il est facile de distinguer le nerf au moment où il apparaît sur le bord antérieur du ptérygoïdien interne. On peut le sectionner ou en exciser une partie.

Procédé intra-buccal. — Michel a appliqué la méthode buccale à la section du nerf lingual. Il incise la muqueuse buccale sur toute la longueur du nerf, à partir de la dernière molaire et à cinq millimètres de la réflexion de cette muqueuse sur le côté de la langue. La dissection le conduit sur le nerf qu'il charge sur un crochet mousse et qu'il resèque.

Bæckel a eu recours à l'anesthésie et a employé, pour attirer la langue, une pince érigne, instrument qui produit ici une blessure fâcheuse.

Vanzetti commence son incision sur un point plus reculé, en arrière du pilier du voile du palais.

En somme, le procédé intra-buccal est préférable est le *modus faciendi* de Michel est le meilleur. Il est bon d'anesthésier le malade, et on doit alors maintenir les mâchoires écartées à l'aide d'un instrument *ad hoc*.

Je viens de passer en revue les nerfs dont la section peut le plus souvent être indiquée.

B. Les nerfs cutanés des autres régions peuvent facilement être divisés quand on connaît leur trajet. C'est ainsi qu'au bras on trouve le musculo-cutané un peu au-dessus de la médiane céphalique, placé sous l'aponévrose, entre le long supinateur en dehors, le biceps et le brachial antérieur en dedans, et le brachial cutané interne appliqué sur la partie antérieure de la basilique dans la moitié inférieure du bras.

A la jambe, on arrive sur les nerfs saphènes en cherchant les veines du même nom. Le saphène interne peut être divisé au moment où il sort du canal du grand adducteur, et on le découvre en agissant comme on le fait pour arriver sur le canal du grand adducteur, lorsqu'on veut lier l'artère fémorale à ce niveau.

Quant aux nerfs mixtes, tels que le cubital, le sciatique, bien que quelques-uns d'entre eux aient été soumis à des sections et à des excisions, je ne m'occuperai pas de ces opérations d'une rareté extrême, d'un succès douteux, qui condamnent à une paralysie quelquefois persistante et incurable les parties innervées par le nerf divisé. Il est du reste facile, avec des connaissances anatomiques précises, d'arriver sur tel ou tel nerf que l'on voudrait sectionner.

CHAPITRE VI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ORGANE DE LA VISION.

ARTICLE I

PAUPIÈRES.

Je ne décrirai ici que les opérations spéciales, et non celles qui se pratiquent sur les paupières comme sur tous les autres points du corps.

§ 1. **Trichiasis et distichiasis.** — On désigne sous le nom de trichiasis la direction vicieuse des cils qui viennent irriter le globe oculaire, et sous celui de distichiasis la direction vicieuse des cils compliquée de leur implantation sur deux ou plusieurs rangées.

A. *Extirpation et cautérisation.* — L'extirpation des cils déviés, qui se fait à l'aide d'une pince à épiler, n'est qu'un procédé purement palliatif, car ils repoussent au bout de quelque temps. Pour s'opposer à leur reproduction après l'épilation, on a eu recours à différents modes de cautérisation; c'est ainsi que Caron du Villards enfonce des épingle d'entomologiste dans les bulbes pileux, réunissait ces épingle avec un fil d'argent et les saisissait ensuite avec un fer à friser chauffé au rouge-blanc.

Les procédés de cautérisation, en dehors de ce qu'ils réussissent rarement à empêcher les cils de repousser, ont, lorsqu'on obtient le but désiré, l'inconvénient de produire une difformité par la disparition des cils et l'oblitération des glandes de Meibomius qu'ils entraînent.

B. *Excision des bulbes pileux.* — Bartisch et Heister employaient un procédé radical consistant à exciser complètement le bord libre de la paupière, sauf dans la portion correspondante au lac lacrymal. On comprend sans peine les inconvénients de ce procédé qui raccourcit les paupières terminées alors par un bord recouvert de