

de nouvelles tentatives donneraient de meilleurs résultats. En tout cas, l'opération ne saurait avoir pour conséquence une aggravation de l'état fonctionnel du membre, et si la suture d'autres nerfs, par exemple du radial, a été couronnée de succès, on est certainement autorisé à en conclure que l'on peut espérer le même résultat de la suture du sciatique.

On a aussi pratiqué maintes fois la section du sciatique. Cette opération est surtout justifiée lorsque ce nerf est le siège d'une tumeur, d'un névrome qu'il s'agit d'extirper. MICHON a rapporté un fait de ce genre; il enleva la tumeur et le nerf au niveau de la grande échancrure sciatique, et obtint un bon résultat.

On a également réséqué assez souvent le sciatique affecté de névralgie (BAYARD, ACZAM, NÉLATON etc.) avec des résultats variables; dans une partie des cas l'amélioration n'a été que très passagère. Enfin BILLROTH, dans le but de mettre fin à une épilepsie ayant pour point de départ le domaine d'innervation du sciatique, mit à nu ce nerf et en pratiqua l'*élongation* suivant le procédé qu'employa NUSSBAUM pour les nerfs du membre supérieur, procédé que nous avons décrit dans la première partie de ce volume; cette opération qui fut couronnée de succès, a ouvert la voie à une série de tentatives de ce genre basées sur d'autres indications. C'est ainsi que l'on a obtenu de bons résultats de l'*élongation dans la névralgie sciatique*. On a déjà publié une série d'observations de ce genre, et nous-même avons vu, dans un certain nombre de cas, des névralgies graves et persistantes disparaître d'une façon durable à la suite de cette opération. Par contre, l'*élongation* n'a pas donné des résultats aussi sûrs dans les états de paralysie des membres inférieurs, et surtout dans le tabes (LANGENBUCH). Après avoir été pratiquée avec exagération dans les cas de ce genre, elle est tombée tout à fait dans le discrédit. Cependant, comme on en a obtenu des améliorations notables et de longue durée, l'opération en question n'est pas absolument à rejeter dans ces états morbides, rebelles à tout autre traitement.

L'opération elle-même est très simple. On fait une incision au-dessous du bord inférieur du muscle grand fessier, le long de la ligne médiane de la face postérieure de la cuisse. Après avoir divisé l'aponévrose, on écarte en dedans les muscles situés du côté interne (demi-membraneux, demi-tendineux). Le biceps, qui prend son insertion à la tubérosité de l'ischion, se dirige latéralement, et ne tarde pas à franchir la ligne médiane de la face postérieure du membre; on l'écarte en dehors, et sous ce muscle on va à la recherche du sciatique ou de ses deux branches de bifurcation. On met à nu le nerf, et le saisissant entre les doigts, on opère des tractions énergiques surtout du côté central, mais également du côté périphérique. La plaie est ensuite drainée, suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Des opérations du même genre ont été pratiquées également sur les

nerfs antérieurs de la cuisse, principalement sur le nerf crural. De leur disposition anatomique on peut facilement déduire le manuel opératoire.

B. PROCESSUS INFLAMMATOIRES DE LA CUISSE.

§ 76. — Un certain nombre d'irritants inflammatoires agissant sur le domaine lymphatique périphérique, déterminent des processus inflammatoires des glandes situées dans le pli de l'aîne. Une des causes les plus fréquentes du **bubon inguinal**, consiste dans une légère blessure du pied, et, sous ce rapport, c'est surtout au niveau des orteils, grâce à une érosion ou à un cor maladroitement coupé, etc. que s'opère l'absorption des produits de décomposition qui existent toujours dans cette région. Il en résulte un bubon inflammatoire qui tantôt succède à une lymphangite, et tantôt n'est précédé d'aucun symptôme évident de cette dernière affection. Un autre domaine périphérique sur lequel l'attention du chirurgien doit toujours se porter dans les cas de tuméfaction aiguë des glandes inguinales, c'est celui des parties génitales. Non seulement l'infection spécifique, mais encore les érosions qui se produisent dans la balanite simple, donnent lieu assez souvent à un engorgement et à un abcès des glandes de l'aîne. En présence d'un bubon on devra donc toujours aller à la recherche du point de départ de l'infection à la périphérie, et de fait, on voit très souvent disparaître l'engorgement ganglionnaire à la suite d'un traitement approprié de la lésion périphérique, consistant dans l'application de compresses d'eau de Goulard, d'une solution de nitrate d'argent etc. Un fait certain cependant, c'est que l'on voit parfois des bubons se développer sans que l'on parvienne à constater le point de départ de l'infection, et ce qu'il y a d'étonnant, c'est que cette affection se montre quelquefois sous la forme de petites épidémies, ainsi que j'ai eu moi-même l'occasion de l'observer d'une façon bien caractéristique.

Ces engorgements inflammatoires ou spécifiques des ganglions n'exigent pas l'emploi immédiat du bistouri, car un grand nombre de bubons inflammatoires disparaissent lorsque, par la guérison de la lésion périphérique, on met fin à l'absorption de substances phlogogènes. Les bubons qui surviennent à la suite d'un chancre, subissent souvent une régression spontanée, alors même qu'il existe des points de ramollissement à la surface de la tumeur, et qu'une perforation paraît inévitable. La glande n'est sûrement vouée à la destruction que lorsqu'il survient un phlegmon péri-adénitique, lequel se manifeste par une tuméfaction diffuse de la peau et des parties molles voisines du bubon, et par une rougeur des téguments. Si ces symptômes apparaissent rapidement et s'accompagnent de fièvre, on n'hésitera pas longtemps à se servir du bistouri; dans le cas contraire, on serait jusqu'à un certain point autorisé à user