NÉVRALGIES

La chirurgie peut faire quelque chose pour les névralgies rebelles que le traitement médical a été impuissant à calmer.

Trois opérations ont été proposées : la *névrotomie*, la *névrectomie*, l'*élongation*.

La **névrotomie** est presque toujours suivie de régénération nerveuse. Elle est donc inefficace. Elle a été abandonnée. Reste la *névrectomie* et l'*élongation*.

Névrectomie. — La névrectomie se combine actuellement avec l'extraction des ramifications périphériques.

Voici une névralgie du trijumeau. La douleur est localisée au niveau du nerf sous-orbitaire. Il s'agit de découvrir le nerf dans le canal sous-orbitaire, de le couper et de poursuivre tous ses rameaux périphériques en les arrachant.

On incise la peau à un demi-centimètre au-dessous du bord inférieur de l'orbite, parallèlement à ce bord, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres ; on écarte la lèvre inférieure de la plaie, on sectionne le muscle carré de la lèvre supérieure, on arrive jusqu'à l'os qu'on dénude de son périoste. Au fond de la plaie, on découvre le tronc sous-orbitaire et les ramifications de ce nerf. On se reporte ensuite sur la lèvre supérieure de la plaie, on fend l'aponévrose tarsienne pour soulever le contenu de l'orbite, et, on voit le plancher de l'orbite et la gouttière sous-orbitaire. Cette gouttière sera effondrée, et le nerf sera poursuivi assez loin. Aussi loin qu'on pourra, on sectionnera le nerf et on saisira son bout périphérique avec une pince à mors un peu larges. Il faut l'enrouler peu à peu de manière à arracher 8 ou 10 centimètres de nerf. Les

derniers filets sont des filets anastomotiques lointains. Ils doivent être poursuivis avec minutie. C'est un véritable épluchage du nerf qu'on doit pratiquer.

Ce procédé, que j'ai employé sur une femme de quarante-deux ans, m'a donné un résultat parfait. La névralgie était atroce et durait depuis plusieurs années.

Ce procédé a été recommandé par Thiersch, Monod et par les chirurgiens lyonnais (Adénot, Tripier, Gangolphe).

Thiersch découvre le nerf, au niveau du trou sous-orbitaire, et l'arrache par torsion de son bout central et de son bout périphérique, en imprimant à la pince un mouvement de torsion d'un ou deux tours par seconde.

Après cet arrachement, on observe une ecchymose à l'angle de la bouche et la paralysie des muscles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez.

Il est important que les altérations centrales, qu'on observe dans les névralgies, ne soient pas irrémédiables, sinon le procédé échoue. Il faut donc opérer de bonne heure, dès que le traitement médical a été montré impuissant.

L'arrachement du nerf mentonnier, combiné avec une autre petite opération, la résection superficielle du bord gingival préconisée par Jarre, m'a donné un autre succès persistant chez un homme que j'ai opéré avec le Dr Béal, il y a six ans.

Il est donc avantageux d'avoir recours à des opérations simples et faciles, surtout quand la névralgie n'est pas très ancienne.

Thiersch et, après lui, Angerer Helferich, ont publié des statistiques très encourageantes, sur les résultats obtenus par la méthode de l'arrachement et, malgré les réserves de Krauss, c'est à cette méthode que je donne la préférence.

Quand elle échoue, on peut pratiquer l'opération de Lossen et Braun, décrite par Segond, et que Chalot, Février et Guinard ont pratiquée.

L'opération de Segond est certainement un progrès ; mais il est parfaitement exact qu'on ne voit pas du tout ce qu'on enlève.

Le procédé de Kocher, adopté par Gross, me paraît plus

satisfaisant. Il consiste à ouvrir le sinus maxillaire, depuis le trou sous-orbitaire jusque dans la fente sphéno-maxillaire. Une seconde section au ciseau part du trou sous-orbitaire, et contourne l'apophyse zygomatique. On sépare ensuite le malaire du frontal, et on abat la crête zygomatique du sphénoïde. On luxe le malaire en haut et en dehors. On voit le nerf.

Quant à l'opération de l'extirpation du ganglion de Gasser, étudiée par Krauss (voie temporale), Doyen (voie temporo-sphénoïdale), Poirier, Quénu, Gérard, Marchant, elle donne une mortalité de 20 0/0, et elle est très périlleuse. Ce n'est qu'à la dernière extrémité que je la conseillerais.

Parmi les autres nerfs, le *dentaire inférieur* et le *lingual*, ont été l'objet de résections. On découvre le nerf dentaire à son entrée dans le canal osseux, ou à sa sortie du trou mentonnier.

Les **névralgies des membres** ne peuvent être traitées par la section ou l'arrachement des nerfs, qui sont mixtes. On a proposé la résection des racines postérieures de la moelle (Hosley).

Mais, le plus souvent, les névralgies des membres ont été traitées par la troisième méthode.

L'élongation (Nussbaum). — L'élongation a eu un moment de grande vogue. Elle a été souvent pratiquée au niveau du sciatique (névralgies sciatiques) ; à l'heure actuelle, on fait de moins en moins cette opération.

Nous devons aussi signaler les tentatives très intéressantes de Jaboulay, qui s'adresse au sympathique cervical abdominal ou sacré pour combattre les névralgies. L'ablation du ganglion cervical supérieur a guéri une névralgie trifaciale, la discission du sympathique sacré a guéri des sciatiques rebelles, etc. Si ces faits étaient confirmés, toutes les névralgies devraient être traitées lorsqu'elles deviennent chirurgicales, par la destruction des filets sympathiques.

OS. — FRACTURES

La *mobilité anormale*, la *crépitation* et la *déformation* sont les trois grands signes des fractures.

La *mobilité anormale* manque dans les fractures incomplètes (fissures, fractures par pénétration), ou elle est difficile à constater (fractures des os courts, des côtes).

La *crépitation* elle, manque dans le cas où la mobilité anormale fait défaut. Elle peut manquer, malgré la présence de la mobilité anormale, quand les fragments sont trop éloignés (fracture de la rotule) ou trop rapprochés (chevauchement), quand il existe entre eux des portions molles interposées.

La *déformation* ne manque que dans certains cas rares (fissures, fractures sous-périostées).

La déformation est sous la dépendance du *déplacement*, qui se fait *suivant l'axe* (angulaire), *suivant l'épaisseur* (latéral), *suivant la longueur* (diastasis ou chevauchement), ou par *rotation* des fragments (périphérique).

Explorer une fracture n'est pas toujours très facile. Il faut procéder avec douceur, se renseigner par la vue, qui est souvent suffisante pour faire le diagnostic. Chercher en suite, à la palpation, à reconnaître l'existence, le siège et la forme de la fracture. Un signe certain de fracture dispense de chercher les autres. Si on trouve de la mobilité anormale, il est bien inutile de chercher la crépitation et *vice versa*.

Le premier devoir du médecin devant une fracture récente est de calmer la douleur et, s'il peut arriver au diagnostic sans augmenter les douleurs, il doit s'y appliquer.

Il est préférable, dans les premiers moments, de réserver

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.