

succès. Les kystes, purement séreux, sont traités par des injections iodées.

Résections du rachis. (Voy. t. I, p. 545.)

OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR LES NERFS.

Névralgies. Les moyens médicaux sont trop rarement efficaces contre ces affections; en désespoir de cause on a recours à la médecine opératoire, et on pratique l'*incision*, l'*excision* ou la *cautérisation* des nerfs malades. L'*incision simple* a réussi quelquefois et échoué le plus habituellement. On a cru les succès dus à la réunion et à la réorganisation du nerf divisé. L'*incision sous-cutanée* donne les mêmes résultats que l'incision simple, avec l'avantage d'éviter des cicatrices apparentes. L'*excision* est née de l'opinion qu'en enlevant un ou plusieurs centimètres du nerf, on préviendrait plus sûrement le retour de la névralgie. La *cautérisation* produit le même effet avec plus de douleur et moins de sûreté. Elle laisse, en outre, une cicatrice difforme. On a employé le fer rouge (Museum) et la potasse caustique, et la cautérisation jointe à l'excision. Un de nos honorables confrères, Aronssohn, réussit en renversant de chaque côté sur elles-mêmes les extrémités du nerf divisé. Lorsque la cause de la névralgie est traumatique, locale et nettement déterminée, ces opérations amènent des guérisons radicales. Mais dans les cas où les douleurs n'ont pas de point de départ fixe et peuvent dépendre d'affections centrales, ou occupant l'origine des nerfs, le soulagement reste en général temporaire, et la névralgie reparait. On a poursuivi les branches de la cinquième paire, jusqu'à la base du crâne, par des sections répétées, et la guérison a rarement couronné ces hardiesses, que nous ne saurions néanmoins blâmer, tant les souffrances sont intolérables.

Nerf mentonnier. Le trou mentonnier, d'où émerge le nerf du même nom, varie de position selon les âges, et se trouve d'autant plus éloigné de la symphyse maxillaire que les individus sont plus jeunes. Chez l'adulte, ce trou répond au prolongement de l'intervalle qui sépare les racines des deux petites dents molaires, et est un peu plus rapproché de la postérieure que de l'antérieure. On le trouve ordinairement entre 0^m,01 et 0^m,026 de la symphyse, à 0^m,013 du bord inférieur de l'os, et à 0^m,012 à 0^m,02 du bord supérieur (fig. 361). Chez les personnes dont les dents sont tombées, ou ont été arrachées, comme on l'observe habituellement chez les névralgiques, le trou mentonnier est plus élevé en raison de

l'affaissement et de la disparition des alvéoles. Le canal dentaire est quelquefois double (J. Roux); dans ce cas, l'inférieur est vide et le supérieur renferme le nerf.

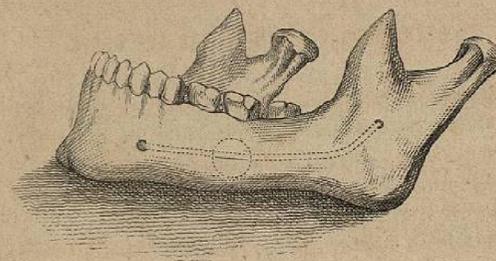


Fig. 361.

Section sous-cutanée. Bonnet (de Lyon) pratiqua le premier cette opération en introduisant un ténotome au travers de la peau du menton dans la direction du nerf, que l'on place dans un état de tension en portant fortement la lèvre en haut et en dehors. On rase à plusieurs reprises la surface osseuse avec le tranchant de l'instrument pour être certain de diviser le tronc nerveux. Mieux vaudrait introduire le ténotome dans la rainure alvéolo-labiale. Les sections simples ont peu d'efficacité, et il est d'ailleurs fort rare que le nerf mentonnier soit le siège d'une névralgie primitive.

Excision et cautérisation. M. Jules Roux a proposé de découvrir le trou mentonnier, par une incision à convexité inférieure. On reconnaît le nerf que l'on excise, et l'on enfonce dans l'ouverture osseuse un cautère conique. Si le trou mentonnier est trop petit pour l'introduction du cautère, on l'agrandit par une couronne de trépan à main.

Nerf dentaire inférieur. On divise le nerf dentaire inférieur à son origine ou dans l'épaisseur du maxillaire, comme l'a fait le premier Warren au niveau du masséter, au moyen d'une couronne de trépan. Velpeau, notre collègue M. le professeur Michel et d'autres chirurgiens ont proposé d'en pratiquer la section en dedans de la bouche.

Incision et cautérisation. M. Jules Roux forme un lambeau tégumentaire à convexité inférieure, étendu du bord antérieur du muscle masséter au trou mentonnier, met le maxillaire à nu, applique une couronne de trépan de 0^m,015, au-dessous de la dernière grosse molaire, ouvre le canal dentaire, y reconnaît le nerf, le divise et en cautérise profondément les extrémités. Il serait très-

difficile d'arriver au niveau de la dernière dent molaire, sans intéresser le masséter.

Excision d'une certaine longueur du nerf. M. Beau, inspiré par les recherches de M. Jules Roux, a conseillé un procédé encore plus complet. On place la couronne de trépan à 0^m,02 en dehors du trou mentonnier, et après avoir découvert le nerf dans l'épaisseur de l'os, on le coupe et l'on en saisit avec des pinces l'extrémité antérieure, pendant qu'on pratique la même manœuvre sur le nerf mentonnier, séparé des parties environnantes et incisé en dehors du conduit osseux. On imprime au cordon nerveux des mouvements de va-et-vient, qui en détruisent les adhérences, et on l'extrait (fig. 362). La perte de substance du nerf est considérable. J'ai eu

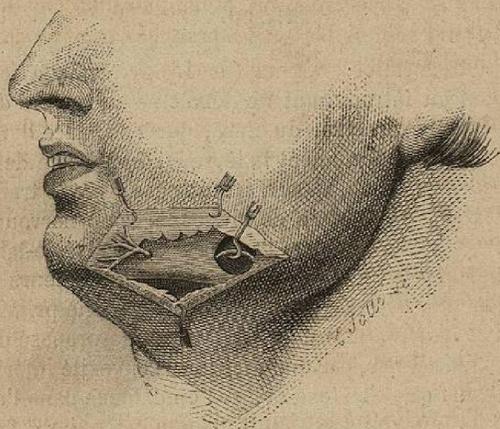


Fig. 362.

recours deux fois à ce procédé, avec un succès qui se maintint pendant plus d'une année dans des cas de névralgies rebelles et désespérées (voy. *Gaz. des hôpitaux*, observations de MM. Cochu et Böeckel, chirurgiens internes, 1853, 1854). La première fois, le nerf fut aisément reconnu, divisé et extrait. La seconde fois, il fut impossible de l'apercevoir dans le canal dentaire rempli de sang; nous en opérâmes la rupture au moyen d'un petit crochet d'acier recourbé, nous l'enlevâmes par le trou mentonnier, et nous cautérisâmes énergiquement le fond de la plaie osseuse.

Les douleurs persistèrent les premiers jours, mais elles disparurent bientôt, et les malades, dont la vie était menacée par l'ancienneté et l'intensité des douleurs, recouvrèrent, pendant un temps assez long, une parfaite santé.

M. Jules Roux est partisan de la réunion immédiate, que nous n'avons pas adoptée. Nous jugeons plus utile de maintenir libre le trajet de la petite plaie au-dessous du lambeau, pour prévenir toute rétention du sang et du pus.

Excision du nerf dentaire inférieur à son origine, avant son entrée dans le canal dentaire. Procédé de Warren. Une incision parallèle au bord postérieur de la branche ascendante de la mâchoire permet de rejeter la parotide en arrière et de séparer le masséter du maxillaire à 0^m,020 au-dessous de l'échancrure sigmoïde, point où appliquant une petite couronne de trépan, à égale distance des bords antérieur et postérieur de l'os, le chirurgien découvre le nerf dentaire, l'artère et la veine du même nom, au moment de leur entrée dans le canal osseux. Le nerf lingual est plus profond et se porte en avant et en dedans. On doit éviter avec le plus grand soin de blesser les branches transversale et descendante du nerf facial.

Nerf sous-orbitaire. Le trou sous-orbitaire est situé à la partie supérieure de la fosse canine, à 0^m,01 environ au-dessous du rebord orbitaire, sur le trajet d'une ligne qui, de l'angle des lèvres irait rejoindre la paupière inférieure, vers le point lacrymal.

Section sous-cutanée. On tire la lèvre supérieure en bas et en avant, de la main gauche, pour tendre le nerf, et, de la main droite, on introduit le ténotome à 0^m,02, en dehors du trou sous-orbitaire, et dirigeant le tranchant de haut en bas et ensuite de bas en haut, on atteint nécessairement le cordon nerveux à son point d'émergence.

Il y a plus d'avantages à introduire le ténotome au-dessous et en dedans de la lèvre inférieure.

Incision simple. On peut détacher la lèvre inférieure de la fosse canine pour arriver sur le nerf.

Excision. Bérard aîné a pratiqué l'excision au moyen d'une incision en T. Malgaigne, A. Guérin et Herrgott ont eu recours à une incision de trois centimètres, oblique de haut en bas et de dedans en dehors dans la direction du sillon *naso-jugal*. M. A. Guérin conduit le bistouri du bord externe de la branche montante du maxillaire supérieur, à 0^m,005 au-dessous du rebord orbitaire, le long du bord externe du releveur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. M. Herrgott incise un peu au-dessus du sillon *naso-jugal*, repousse la veine faciale en bas, et divise le plan fibreux placé sous la veine. Le muscle releveur propre de la lèvre supérieure est mis à découvert et coupé; entre l'écartement de ses fibres, on voit le nerf, plongé dans un paquet graisseux, et le sou-