

levant avec un crochet, on arrive facilement au trou sous-orbitaire et au tronc nerveux; il est prudent d'en séparer et d'en poursuivre les branches avec la pointe du bistouri sans les couper, et d'attendre pour achever l'excision que la dissection soit terminée et le tronc du nerf mis complètement à nu.

**Cautérisation.** M. Jules Roux taille un petit lambeau arrondi à convexité inférieure et le relève pour chercher le nerf, dont il cautérise profondément le trajet à 0<sup>m</sup>,02 de profondeur, dans la direction du plancher de l'orbite, afin de détruire sûrement la branche dentaire antérieure. Dans le cas où le trou sous-orbitaire semble trop étroit, on l'agrandit par une couronne de trépan.

**Nerfs dentaires supérieur et postérieur.** M. J. Roux trépane l'antre d'Highmore en dehors de la fosse canine, et enlève le segment de la tubérosité maxillaire, où sont creusés les canaux dentaires, avec un emporte-pièce ressemblant à des ciseaux mous-ses, dont chaque branche est double et écartée de sa congénère de 0<sup>m</sup>,006.

L'opération est fort délicate, et il serait plus facile de poursuivre dans le plancher de l'orbite le tronc du nerf sous-orbitaire.

C'est un procédé assez aisé, auquel nous avons eu recours, avec l'assistance de M. le professeur Bœckel. On découvre le plancher de l'orbite par une incision semi-lunaire antérieure, pratiquée sur la paupière, le long du contour osseux; on repousse le globe de l'œil en haut et en dehors, et on brise la paroi supérieure du canal sous-orbitaire, d'arrière en avant, en se guidant sur le nerf que l'on voit parfaitement et que l'on dégage avec un petit crochet mousse, avant d'en pratiquer l'excision. Notre malade guérit très-vite, et la cicatrice, cachée dans les replis de la paupière inférieure, était très-peu apparente, mais la névralgie reparut au bout de peu de mois.

**Excision du ganglion de Meckel.** Le professeur Carnochan (de New-York), convaincu de l'inutilité habituelle de l'excision des branches du nerf maxillaire supérieur, seconde branche du trijumeau, a proposé de faire la section du tronc nerveux à sa sortie du trou rond, dans la fente sphéno-maxillaire, et d'enlever une portion du nerf avec le ganglion de Meckel. Cette opération, pratiquée pour la première fois le 16 octobre 1856, aurait été répétée trois autres fois avec un succès complet. En voici le procédé:

Un lambeau cutané triangulaire, dont la base correspond au bord inférieur de l'orbite et le sommet au pli naso-labial, est ren-

versé de bas en haut, et la lèvre est fendue vers le milieu de sa longueur dans la direction de la pointe du lambeau. L'os maxillaire supérieur est ainsi mis à nu. On recherche les filets du nerf sous-orbitaire, on les suit jusqu'à l'émergence du tronc. Une couronne de trépan entoure le nerf et enlève la portion d'os qui l'environne; l'on fait sauter avec la pince de Luer et un petit ciseau le pourtour du trou sous-orbitaire et la portion dure du canal de ce nom, en ouvrant largement le sinus maxillaire, ce qui permet d'arriver au plancher de l'orbite, que l'on traverse avec précaution. On parvient ainsi à la paroi postérieure du sinus maxillaire, que l'on brise à l'aide du ciseau. Les parcelles ou fragments osseux extraits, le tronc du nerf est isolé des tissus renfermés dans la fosse sphéno-maxillaire, et sa dissection conduit au ganglion de Meckel, dont on divise les branches, et avec des ciseaux courbes on coupe le tronc nerveux lui-même à sa sortie du trou rond.

Cette opération a été répétée très-habilement par notre collègue, M. le professeur Michel. Les récidives ont cependant été assez communes, la névralgie sautant d'une branche nerveuse sur une autre, mais l'art ne pouvait aller plus loin.

**Nerf lingual.** Roser (de Marbourg) divisa toute l'épaisseur de la joue pour l'atteindre. Lienhart (de Würzburg) préféra trépaner la branche de la mâchoire pour arriver plus près de la racine du nerf. Notre collègue, le professeur Michel, opéra par la bouche sans incisions extérieures et sans anesthésier son malade. Dans une thèse soutenue à Tübingen sous les auspices de Luscka, M. Löhr propose d'arriver à la langue par une incision pratiquée le long du bord inférieur du maxillaire. M. le professeur Bœckel a fait deux fois la résection du lingual (*Gazette des Hôpitaux*, 7 janvier 1863), après avoir chloroformé ses malades. Les mâchoires ayant été largement écartées avec un coin, l'extrémité de la langue fut saisie avec une pince érygne et tirée en avant et à gauche pour laisser sa face latérale droite à nu. Une incision de 0<sup>m</sup>,03, faite d'arrière en avant sur la muqueuse et le tissu cellulaire subjacent, mit à nu le nerf, que l'on souleva avec un crochet et que l'on excisa au delà du muscle ptérygoïdien interne, après avoir fendu la muqueuse avec des ciseaux. Malgré des douleurs névralgiques déjà anciennes et très-vives, on ne trouva le nerf ni altéré ni même hyperhémé. Le nerf hypoglosse, situé plus profondément et plus bas, ne pourrait pas être confondu avec le lingual.

**Nerf frontal.** Se divise en *frontal externe*, qui sort de l'orbite par le trou sus-orbitaire, et en *frontal interne*, qui se trouve



à un centimètre du précédent, entre le trou sus-orbitaire et la poulie du muscle grand oblique de l'œil. Le sourcil et les téguments du front relevés de la main gauche, de manière à tendre les branches nerveuses, on fait une ponction dans l'espace inter-sourcilier, à 0<sup>m</sup>,01 de la ligne médiane, avec le ténotome introduit horizontalement, le tranchant en bas, et on en porte la pointe de dedans en dehors jusqu'au milieu du sourcil.

**Excision.** Velpeau conseille une incision en demi-lune, partant de l'apophyse orbitaire interne, et dirigée en haut et en dehors; on divise tous les tissus jusqu'à l'os dans l'étendue de 0<sup>m</sup>,03, un peu au-dessus et dans la direction du bord adhérent de la paupière. L'opérateur écarte les lèvres de la plaie, saisit le bout périphérique du nerf, et en excise une partie.

**Procédé de l'auteur.** Nous préférons raser le sourcil et faire l'incision sur le sourcil même; la cicatrice serait cachée par les poils. On pourrait, pour plus de certitude, emporter une bande transversale du muscle frontal, dans laquelle le nerf serait nécessairement compris.

**Nerf facial.** Les névralgies de la septième paire, essentiellement motrice, n'existant pas, il serait inutile de reproduire les procédés d'excision proposés pour ce nerf.

**Nerf cubital et nerf radial à l'avant-bras.** On opère comme s'il s'agissait de découvrir les artères cubitale ou radiale, en se rappelant que les deux nerfs sont, l'un (le cubital) en dedans, l'autre (le radial) en dehors de l'artère concomitante. Delpech a excisé le nerf cubital au coude en faisant une incision entre l'olécrâne et l'épitrôchlée.

**Nerfs cutanés.** 1<sup>o</sup> *Cutané externe ou musculo-cutané au-dessus du pli du bras.* On le découvre entre le biceps et le bord antérieur du muscle long supinateur, au moyen d'une incision de 0<sup>m</sup>,06, un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant, qui divise la peau, le fascia sous-cutané et l'aponévrose.

2<sup>o</sup> *Cutané interne au pli du bras.* Une incision oblique du milieu de la partie inférieure du biceps, à 0<sup>m</sup>,03 au-dessous de l'épitrôchlée, met ce nerf à nu au-devant de l'aponévrose.

**Nerf saphène interne.** Une incision de 0<sup>m</sup>,03 est pratiquée sur le trajet de la veine de ce nom. Le nerf est ordinairement partagé en deux branches, l'une antérieure et l'autre postérieure. Cette dernière, la plus volumineuse, se trouve parfois à 0<sup>m</sup>,01 de distance de la saphène.

**Nerf saphène externe.** A la partie inférieure de la jambe on le découvre en incisant sur la veine homonyme; plus haut il est moins facile de le mettre à nu. Ce nerf, ainsi que le précédent, est à peu près introuvable sur le vivant, à moins d'une dissection très-étendue.

**Poplité externe.** Velpeau le cherchait au-dessous et en arrière de la tête du péroné, au moyen d'une incision étendue obliquement du jarret à la partie antérieure externe de la jambe, et passant entre le tendon du muscle biceps et la racine du jumeau externe. On divise la peau, le fascia sous-cutané et l'aponévrose.

**Nerf tibial postérieur derrière la malléole interne.** Plus haut la recherche de ce cordon nerveux serait extrêmement difficile. On fait l'incision comme s'il s'agissait de découvrir l'artère en dehors et en arrière de laquelle le nerf est situé.

**Nerf crural.** Ce nerf se subdivisant en une foule de branches dès son arrivée dans l'aîne, on est peu certain de l'exciser en totalité.

**Nerf sciatique.** Malagodi en pratiqua l'excision. Le nerf fut mis à découvert à la partie supérieure de la région poplitée, comme pour la ligature de l'artère. La jambe, d'abord paralysée, put reprendre à la longue ses mouvements. Peu de chirurgiens oseraient imiter Malagodi, et nous croyons que Jobert, qui l'a tenté, n'a pas eu à s'en louer. La malade de M. Nélaton, opérée pour une névralgie sciatique, suite d'un zona de la jambe, recommença à souffrir au bout de six semaines (Richet, *Bull. de la Société de chirur.*, 1864, p. 305). Azam, de Bordeaux, a vu reparaître la névralgie sept mois après la résection du nerf sciatique. Une amputation de la jambe avait été le point de départ des accidents. Azam a également cité les observations d'un malade de Mage, qui avait subi (1839) deux excisions du nerf sciatique, et d'un autre guéri par la même opération faite au-dessous de l'ischion, en 1859, par un chirurgien américain, qui avait précédemment pratiqué trois amputations successives du membre inférieur sans amener la cessation des douleurs névralgiques. (*Bull. de la Société de chirur.*, 1864, p. 288.)

Rien n'est plus facile que de mettre à nu le nerf sciatique, soit en avant des muscles fessiers entre le muscle pyramidal et le jumeau supérieur, dans l'intervalle du grand trochanter et de l'ischion, soit au-dessous du bord inférieur du grand fessier entre