

les muscles biceps et demi-membraneux. Le nerf sciatique est tellement volumineux qu'on ne peut le méconnaître. Il est accompagné d'une artère assez forte, que l'on est habituellement obligé de lier.

Il ne faudrait pas désespérer du retour des mouvements. Une malade, atteinte d'un névrome de la grosseur d'un œuf de poule, au point d'émergence du bassin du nerf sciatique, fut opérée par Michon, et, malgré l'excision complète du nerf compris dans la tumeur, les mouvements reparurent au bout d'un an, et devinrent assez complets pour permettre la marche et la danse. Les muscles de la jambe étaient atrophiés, le pied un peu pendant, et Michon a raconté qu'une grave brûlure des orteils avait eu lieu sans que la malade l'eût ressentie, tant l'insensibilité était profonde.

L'on voit combien la conduite du chirurgien peut être difficile et anxieuse. D'un côté, des douleurs intolérables dont les malades veulent être soulagés à tout prix; d'un autre côté, la crainte des récidives et d'une paralysie persistante. La décision doit venir des conditions particulières où se trouve le malade: intensité des douleurs, insuccès de tous les remèdes employés, état moral et constitutionnel, appréciation des causes, de la nature et des accidents de la névralgie. (Voy. *Suture des nerfs.*)

**Gonflement et incarceration des extrémités des cordons nerveux dans les cicatrices.** Le gonflement des nerfs et leur incarceration dans des cicatrices inodulaires, à la suite des plaies et des amputations, donnent lieu à des douleurs quelquefois très-vives, et qui s'exaspèrent au plus léger attouchement. Pour remédier à ces accidents, on pourrait exciser la cicatrice ou les bouts incarcerated des nerfs, et au moyen d'une sorte d'anaplastie par glissement on tâcherait d'obtenir la réunion de la plaie. Dans un cas cité par Laing, chirurgien de l'hôpital d'Aberdeen, cet état des nerfs, à la suite d'une plaie par arrachement de la plus grande partie de la main, produisait des accès d'épilepsie chaque fois qu'on touchait la cicatrice: on fut obligé d'amputer l'avant-bras.

Le baron Larrey insistait beaucoup sur le danger de ces renflements nerveux au milieu de cicatrices inodulaires, et il nous a montré des invalides réduits au marasme sous l'influence de cette fâcheuse condition. Le meilleur moyen de prévenir de tels accidents est de couper les nerfs très-haut et de conserver assez de peau pour recouvrir facilement les plaies, de manière à éviter ainsi toute rétraction de la cicatrice.

En cas de névralgies intolérables, l'excision des nerfs ou celle des renflements nerveux est indiquée.

**Névromes.** On les a distingués en solides et en kystiques, en périphériques, interfibrillaires. On a décrit un névrome central, latéral (Lebert), diagonal, diathésique, dans le cas où ce genre de tumeur semble multiplié (Demeaux, Smith, Casalis, Follin). Tantôt les névromes sont indépendants du tissu nerveux, et développés dans le névrilème, tantôt ils sont mêlés aux cordons des nerfs. Si la dissection en est possible, on cherche à les énucléer. Autrement on les enlève avec une portion aussi limitée que possible du nerf adhérent. L'opération est simple, et l'on a vu la sensibilité et la motilité des parties paralysées se rétablir.

**Suture des nerfs.** Personne ne doute aujourd'hui de la régénération par continuité des nerfs divisés. Les expériences de Cruikshank et de Fontana ont été confirmées par celles de Descot, de Steinrueck, de Waller, de Schiff, de Vulpian, de Philippeaux. Les deux extrémités du nerf se renflent, la supérieure ou centrale plus que la périphérique; le contenu médullaire des tubes nerveux se segmente et tend à disparaître pendant une quinzaine de jours, puis se régénère, et si les surfaces nerveuses divisées ont été mises en contact, la continuité du névrilème et de la matière médullaire se rétablit et les fonctions reparaissent d'autant mieux que le sujet est plus jeune, mieux portant et la plaie plus nette, plus petite et mieux réunie. De là le précepte de maintenir les parties en rapport et dans l'immobilité, par la position, les bandages et les agglutinatifs.

La Société de chirurgie s'est occupée de cette question à l'occasion de deux faits de suture du nerf médian, suivis, au bout de peu de jours, du rétablissement des fonctions nerveuses. Dans un cas cité par M. Houel (1864), M. Nélaton ayant réséqué 0<sup>m</sup>,03 du nerf médian affecté de névrome, et en ayant réuni les extrémités par une suture métallique, la sensibilité et les mouvements reparurent le septième jour. Dans le deuxième cas, M. le professeur Laugier ayant rapproché, avec un fil de soie, les deux bouts du même nerf, coupé la veille par un instrument tranchant, auprès du poignet, constata le même jour le retour de la sensibilité, et la motilité reparut le lendemain. M. Verneuil fit remarquer l'impossibilité d'expliquer la paralysie des doigts par la section du médian à la partie inférieure de l'avant-bras, puisque ce nerf distribue ses filets moteurs au-dessus de ce niveau, objection restée sans réponse; puis il opposa à l'observation de M. Houel un assez grand

nombre de faits, paraissant prouver que la section et l'excision des nerfs n'a pas toujours semblé produire de paralysie. Ainsi Lenoir avait fait voir, en 1838, à la Société anatomique, un névrome axillaire du nerf médian de la grosseur d'un œuf de pigeon. La tumeur avait été extirpée avec le nerf et il n'y avait eu aucun changement dans la sensibilité et la mobilité du bras ni de la main. On a publié des faits analogues (*Journal des conn. méd. chirurg.*) et M. Victor von Bruns en a cité plusieurs autres.

Quelques chirurgiens ont, depuis cette discussion, expérimenté sans succès immédiats la suture des nerfs. J'ai divisé et réuni par suture, avec le plus grand soin, le tronc du nerf sciatique, à sa partie supérieure, sur trois jeunes chiens, et au bout de quinze jours les mouvements n'avaient nullement reparu, et la continuité du nerf ne s'était pas rétablie; les cordons nerveux ne se correspondaient pas, il est vrai, exactement et se trouvaient encore écartés ou juxtaposés et distincts.

MM. Richet, Paulet, S. Arloing et L. Tripier (1868) ont cherché dans la distribution anatomique des nerfs, dans les expériences et les faits cliniques, l'explication de la réapparition exceptionnelle de la sensibilité dans les parties où se distribuent les nerfs divisés, et ont supposé la persistance de branches anastomatiques invisibles au-dessus des blessures. Cette explication est jusqu'ici la meilleure et l'emporte sur l'hypothèse d'une sensibilité réflexe, que rien n'a encore démontrée.

Il y a donc là de profondes obscurités à éclaircir, et comme les contradictions sont impossibles entre des phénomènes de ce genre, on doit, en attendant de nouvelles preuves, douter des faits annoncés plutôt que de les admettre en opposition manifeste avec les fonctions mille fois expérimentées, et confirmées tous les jours des cordons nerveux.

#### OPÉRATIONS QUE L'ON PRATIQUE SUR L'APPAREIL GUSTATIF ET ORAL.

**Adhérence des lèvres.** L'adhérence est congénitale ou accidentelle. Dans le premier cas, elle peut occuper toute l'étendue des lèvres, comme on l'a vu sur des enfants mort-nés. Si cette occlusion complète de la bouche se présentait dans des conditions de vitalité, on inciserait la membrane obturante, et l'on aviserait à la cicatrisation isolée des lèvres. On agirait de même pour une atrésie incomplète. Dans ce dernier cas, on a proposé de faire une ponction avec un trocart dans le point où devrait se trouver la commissure; on y place un fil de plomb et on en ramène l'un des bouts par l'orifice buccal pour le tordre avec le bout resté au dehors. Krüger

Hausen laissait la perforation se cicatriser autour du fil de plomb et, la cicatrice faite, il incisait l'adhérence. Nous renvoyons la description des procédés de Dieffenbach, de Serre etc., à l'article *Chéiloplastie*.

**Gonflement des lèvres.** On doit s'abstenir de toute opération sur les sujets atteints de scrofule. Si l'affection ne disparaît pas après l'amélioration de la constitution, ou si on la rencontre chez un individu bien portant, on peut employer le procédé suivant de M. Paillard: un aide saisit la commissure des lèvres du côté gauche, le chirurgien s'empare de la commissure droite, et la lèvre étant suffisamment tendue et tirée en avant, on en excise le milieu du bord libre dans toute sa longueur, et à une profondeur plus ou moins considérable, avec un bistouri ou des ciseaux. Les bords de la solution de continuité se rapprochent et la tuméfaction disparaît.

J'ai employé dans un pareil cas la suture avec succès.

**Repli.** Quant au repli de la lèvre supérieure, qui existe chez un assez grand nombre de personnes et qui se forme particulièrement pendant le rire, on peut le saisir avec des pinces, et l'exciser avec des ciseaux courbes sur le plat lorsqu'il constitue une difformité.

**Tumeurs des lèvres.** Blandin cite le cas d'une tumeur sébacée des lèvres prise pour un cancer, et guérie par une simple incision. Il se forme dans le tissu sous-muqueux, particulièrement à la lèvre inférieure, des tumeurs que l'on a vues égaler le volume d'une noix et qui renferment une humeur filante. Après l'incision simple, la tumeur se reproduit. Il est prudent de cautériser le fond du kyste ou d'y introduire un peu de charpie. L'excision exigerait une dissection longue et difficile.

**Cancer des lèvres.** Très-commun à la lèvre inférieure, très-rare à la supérieure, ce cancer, presque toujours de nature épithéliale, se présente à l'état de tumeur ou d'ulcération et a été parfois confondu avec d'autres affections, et particulièrement avec des indurations syphilitiques ulcérées. J'en ai publié un exemple curieux.

**Procédés opératoires.** S'il s'agit d'un ulcère superficiel de la peau n'ayant pas atteint le bord libre de la lèvre, on l'enlève par une sorte de grattage et d'abrasion, et, la suppuration établie, on fait une application de pâte arsénicale.

Si le cancer occupe une plus grande épaisseur de tissus, on a recours à divers procédés. L'excision suivant une ligne courbe