

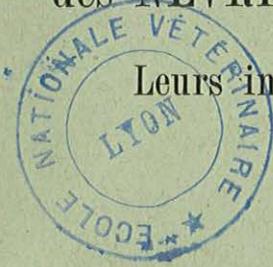
no 727

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE LYON

Année scolaire 1928-1929 — N° 148

Contribution à l'étude  
des NÉVRECTOMIES chez le CHEVAL

Leurs indications - Leurs résultats



**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 7 Novembre 1928*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

**Victor MICHARD**

*Vétérinaire, Sous-Lieutenant*

Né le 1<sup>er</sup> Février 1905 à MONTLUÇON (Allier)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—  
1928

Contribution à l'étude des NÉVRECTOMIES chez le CHEVAL  
Leurs indications - Leurs résultats

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année scolaire 1928-1929 — N° 148

---

Contribution à l'étude  
des NÉVRECTOMIES chez le CHEVAL

Leurs indications - Leurs résultats

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 7 Novembre 1928*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

**Victor MICHARD**

*Vétérinaire, Sous-Lieutenant*

Né le 1<sup>er</sup> Février 1905 à MONTLUÇON (Allier)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

---

1928

## PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

---

Directeur..... M. CH. PORCHER.  
Directeur honoraire. M. F.-X. LESBRE.  
Professeur honoraire M. ALFRED FAURE, ancien Directeur.

---

### PROFESSEURS

Physique et chimie médicale, Pharmacie, Toxicologie..	MM. PORCHER
Botanique médicale et fourragère, Zoologie médicale, Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL
Anatomie descriptive des animaux domestiques, Téra- tologie, Extérieur .....	TAGAND. JUNG
Physiologie, Thérapeutique générale, Matière médicale Histologie et Embryologie, Anatomie pathologique, Inspection des denrées alimentaires et des établis- sements classés soumis au contrôle vétérinaire... ..	BALL
Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers, Clinique, Sémiologie et Propédeutique, Jurispru- dence vétérinaire .....	CADEAC
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnas- siers, Clinique, Anatomie chirurgicale, Médecine opératoire .....	DOUVILLE
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire. Clinique, Médecine opératoire, Obstétrique.....	CUNY
Pathologie générale et Microbiologie, Maladies micro- biennes et police sanitaire, Clinique.....	BASSET LETARD
Hygiène et Agronomie, Zootechnie et Economie rurale.	

### CHEFS DE TRAVAUX

MM. AUGER. M. TAPERNOUX.  
LOMBARD.

---

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

---

*Président* : M. le Dr PATEL, Professeur à la Faculté de Médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.

*Assesseurs* : M<sup>r</sup> le Dr DOUVILLE, Professeur à l'Ecole Vétérinaire.  
M. CADÉAC, Professeur à l'Ecole Vétérinaire, officier de la Légion d'honneur.

---

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Nous sommes heureux de le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR DOUVILLE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADEAC

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON.

A TOUS MES AMIS

## Avant-Propos

---

*Nous avons choisi comme sujet : « Les névrectomies chez le cheval. Leurs indications. Leurs résultats. »*

*Nous ne traiterons qu'une partie du sujet. C'est à dessein que nous avons négligé de parler des complications des névrectomies, cette question ayant récemment fait l'objet d'une thèse.*

*Nous remercierons tout d'abord Monsieur le Professeur DOUVILLE de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse, et d'avoir bien voulu nous prodiguer ses savants conseils.*

*Nous exprimons à Monsieur le Professeur PATEL toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence du jury de notre thèse.*

*Nous sommes également reconnaissants à Messieurs les Professeurs DOUVILLE et CADÉAC d'avoir bien voulu faire partie du jury de notre thèse.*

*Enfin, à tous nos maîtres de l'École nationale vétérinaire de Lyon, nous adressons nos remerciements sincères.*

Contribution à l'étude des NÉVRECTOMIES chez le CHEVAL  
Leurs indications - Leurs résultats

---

**Introduction**

---

Il est très peu de questions en médecine vétérinaire qui aient suscité autant de controverses que la névrectomie.

Alors que cette opération, qui date du début du dernier siècle, est prônée par certains, beaucoup d'autres cherchent à la faire rayer de notre chirurgie vétérinaire.

Dans les années qui suivirent l'apparition de la névrectomie en France, on en fit un véritable abus, au point que cette opération sombra dans la déchéance et dans l'oubli.

De nos jours encore, quelques praticiens considèrent la névrectomie comme dangereuse, et redoutable dans ses conséquences.

Ceci vient uniquement de ce que l'on a un peu trop oublié le champ bien restreint, mais nettement délimité de ses indications.

Et c'est justement ce point particulier qui nous a guidé dans la rédaction de notre sujet.

La question nous a paru doublement intéressante.

D'une part la névrectomie se réalise très facilement chez le cheval et sans la moindre difficulté opératoire.

De plus, les précieux avantages qu'elle procure méritent d'attirer l'attention de tous les praticiens.

Enfin, si les chevaux ont diminué dans nos villes depuis la guerre, leur nombre s'est considérablement accru dans nos campagnes, où ils remplacent avantageusement les bovins.

Pour toutes ces raisons, la névrectomie, étant à même de remettre en service des animaux inutilisables, mérite d'être utilisée beaucoup plus qu'elle ne l'est actuellement.

Dans le présent ouvrage, nous commencerons par l'histoire de la névrectomie ; puis nous passerons directement à ses indications et à ses résultats.

---

## Historique

---

L'opération de la névrectomie est relativement récente ; ce n'est qu'au début du siècle dernier que l'on commence à parler de cette découverte, d'origine anglaise.

Ce serait SEWEL, ancien professeur au collège vétérinaire de Londres, qui l'aurait pratiquée pour la première fois en 1816, afin de remédier à la boiterie occasionnée par la maladie naviculaire, affection couramment observée alors sur les chevaux anglais.

PERCIWALL, dans ses « Leçons élémentaires sur l'art vétérinaire » décrit cette maladie ainsi que l'opération de SEWEL.

Cependant MOORCROFT, vétérinaire aux Indes, revendique en 1819, dans le journal de Calcutta, la priorité de cette opération. Afin de guérir certaines boiteries rebelles, il avait d'abord pratiqué l'ouverture des artères phalangiennes ; puis il eut l'idée de sectionner le nerf de cette région. Cette simple section nerveuse ne répondit pas à son attente ; c'est alors qu'il retrança la substance nerveuse sur une longueur de un quart de pouce (six millimètres environ).

On ne peut donc dire exactement à qui revient le mérite d'avoir découvert cette importante innovation chirurgicale.

Dans le cours des années suivantes, l'opération est essayée par de nombreux vétérinaires anglais, entre autres GOODWYN, COLEMAN, et PERCIWALL.

C'est en 1824 que GIRARD fils, grâce à son analyse des travaux de PERCIWALL, porte la névrectomie à la connaissance des vétérinaires français.

En 1826 HUZARD fils fait, à ce propos, une communication dans le Recueil de Médecine Vétérinaire.

A cette même époque, BERGER, VILLATE, RENAULT, DELAFOND, BEUGNOT, pratiquent la névrectomie.

Vers 1826, DUPUY donne une note sur la « névrectomie et l'appareil sécréteur de l'ongle », et quelque temps plus tard, en collaboration avec PRINCE, les « Réflexions sur l'opération de la névrotomie. »

En 1832 RENAULT publie un cas de guérison d'une boiterie occasionnée par le resserrement du sabot en pince, pour lequel il avait eu recours à la névrotomie des branches antérieures au dessous du boulet.

On expérimente alors l'opération d'une façon de plus en plus scientifique ; au début, la névrectomie n'avait été proposée que pour combattre la maladie naviculaire ou podotrochylite chronique.

On généralise bientôt son emploi ; on l'essaye contre plusieurs autres affections chroniques du pied ou même de la couronne et du paturon.

Cependant les résultats ne concordent pas. Alors que les uns citent des résultats surprenants, d'autres n'obtiennent que des désastres.

SEWEL, lui-même, rapporte des cas de chute du sabot.

Toutefois, dans les années qui suivent, on ne cite plus que des résultats positifs. Il est à remarquer qu'à cette époque les praticiens enlèvent la substance nerveuse sur une longueur de dix-huit millimètres.

En 1840, SPOONER publie à Londres un « Traité sur la structure, les fonctions et les maladies du pied », dans lequel il rend compte de plusieurs cas remarquables d'utilisation plus ou moins prolongée, grâce à la névrotomie, d'animaux qui auraient dû être sacrifiés.

En 1841 l'Ecole d'ALFORT relate dans son compte rendu des observations de DELAFOND et des expériences de H. BOULEY ayant pour but d'étudier l'influence de la section nerveuse dans les opérations pratiquées sur le pied.

La même année, ainsi que la suivante, l'Ecole de Lyon obtient deux beaux succès.

En 1845, VILLATE, dans son rapport à la Société de Médecine vétérinaire et comparée, témoigne qu'il n'a eu généralement qu'à se louer de la névrectomie.

Cette même année, VERHEYEN, analysant dans le Recueil un mémoire du Docteur BRAUPELL, professeur à l'université de Kazan, sur la podotrochylite chronique, apporte de nouveaux et précieux renseignements.

En 1849 PERCIWALL publie un « Traité des boiteries du cheval » dans lequel il cite des cas heureux ».

En Angleterre GRÉGOIRE, vétérinaire à Bidefort

(Devon) fournit dans « The veterinarian » des observations intéressantes.

En 1857, le Docteur BRAUELL publie un mémoire sur l'influence des cordons nerveux sur l'accroissement du sabot. Rey, en 1867, dans une leçon clinique, parle longuement des diverses formes ou exostoses du cheval et vante les bienfaits, dans ces cas, de la ressection nerveuse.

H. HARDY et J. HUGUES, vétérinaires de l'armée belge, présentent en 1873, à la Société Centrale de Médecine vétérinaire de Paris, un mémoire intitulé « Boiteries chroniques du cheval traitées par la névrotomie. » Ce mémoire, a dit BOULEY, constitue un plaidoyer énergique et très convaincu en faveur de la névrotomie plantaire ».

PEUCH et TOUSSAINT, en 1877, se montrent très circonspects, et disent « qu'on ne peut jamais être assuré du succès de l'opération, car le praticien doit toujours compter avec la récurrence de la sensibilité des nerfs ».

En 1881-1883 NOCARD fait plusieurs communications à la Société centrale sur le traitement des formes phalangiennes, coronaires, ou cartilagineuses par la névrectomie, et donne de brillants résultats.

Dans les années qui suivent, la névrectomie plantaire continue à se généraliser. Bientôt la névrectomie du médian fait son apparition. PETERS, le 2 décembre 1885, présente à la société des vétérinaires praticiens de Berlin un mémoire sur la névrectomie du médian.

Cette dernière opération est généralisée à l'étranger par RIES, HENDRICKX (1890), ELLENBERGER (1891).

En 1892 PELLERIN communique à la Société Centrale de Médecine vétérinaire son mémoire sur « la névrotomie médiane opposée à la nerf-férure ».

La même année BALDONI de l'Ecole vétérinaire de Milan, publie un article sur « la névrotomie médiane ». Il vante les bienfaits de cette opération contre la nerf-férure, les formes cartilagineuses et phalangiennes, et la maladie naviculaire.

En 1894 S. J. J. HARGER, professeur à l'Université de Pensylvanie parle de la « névrotomie au point de vue pratique ». et spécifie les diverses indications de chacune d'elles.

BLANCHARD, en 1895, publia un important travail sur la névrectomie du médecin, et précise que c'est seulement en 1890 que RIES a signalé la « Mésoneurectomie ».

La même année SENDRAIL, dans la *Revue vétérinaire*, fixe les indications de cette opération, et prétend qu'elle n'est réellement indiquée que lors de nerf-férure, simple ou avec bouleture, et dans les cas de maladie naviculaire chronique.

CADÉAC, en 1897, présente, dans le *Journal vétérinaire de Lyon*, un article très intéressant sur « la névrotomie et les troubles trophiques consécutifs à cette opération ».

Quelques mois plus tard, il parle, dans le même journal, du traitement des boiteries consécutives au clou de rue par la névrectomie.

MAGRIN, en 1900, vient encore vanter les bienfaits de la névrectomie.

Ensuite c'est JACOULET, lequel, après une étude très

approfondie, déclare préférer la mésoneurectomie à la névrectomie plantaire.

A noter en 1904 un travail de BARRIER sur « les considérations générales sur la névrotomie » et ses indications dans les cas de tendinite chronique.

En 1905, PEUCH formule des règles précises sur « les indications et les suites des névrotomies des membres chez le cheval » :

1° Les névrotomies constituent un bon moyen thérapeutique;

2° Il ne faut jamais opérer quand il y a infection ou suspicion d'infection;

3° Ne jamais opérer quand il existe des lésions aiguës.

Dans les *Annales de Médecine Vétérinaire*, LIÉNAUX publie, en 1913, un article sur « la podotrochylite — ostéite de la crête semi-lunaire du cheval — nouvelles indications de la névrotomie basse ».

En 1917, COQUOT et BOURDELLE précisent l'anatomie topographique et le lieu d'élection de la névrectomie du médian.

La même année, FRICK (Suisse) prétend remplacer les névrectomies par une injection, sur le trajet nerveux, de dix centimètres cubes d'alcool absolu additionnés de quatre à cinq gouttes de teinture d'iode.

SCHOofs et STAPPERS, en 1919, citent la guérison complète d'une bouleture double par la mésoneurectomie.

LIÉNAUX, en 1920, produit une fort belle étude sur les « Boîteries du cheval » et conseille vivement pour

l'anesthésie locale une solution de cocaïne-adrenaline.

CONTI, en 1923, dans le « Il moderno zooiata », parle d'un nouveau procédé opératoire pour la névrectomie du nerf tibial antérieur.

Enfin, la même année, BOURDELLE fixe le lieu d'élection de la branche palmaire profonde et en précise les indications.

Depuis, la question n'a fait l'objet que de publications très clairsemées.

Maintenant, que faut-il conclure de ce rapide exposé, sinon que tout n'a pas encore été dit se rapportant à cette question.

A l'heure actuelle, on ne saurait trop attacher de prix à une opération capable de remettre en service des chevaux inutilisables.

La névrectomie a donné de trop beaux résultats pour que l'on songe à l'abandonner de si tôt.

## CHAPITRE PREMIER

---

### Indications des névrectomies

---

D'une manière générale, la névrectomie, ainsi que l'a exprimé H. BOULEY, est indiquée « toute les fois que la région digitale (1) est le siège d'une maladie chronique accusée par une douleur et conséquemment par une claudication persistante, sans que, cependant, les altérations matérielles qui l'accompagnent soient telles qu'elles opposent un obstacle mécanique insurmontable au fonctionnement de l'extrémité distale, comme rouage essentiel de l'appareil locomoteur.

Il faut que la douleur soit l'élément essentiel de la maladie, contre laquelle on croit devoir l'appliquer; il faut que la claudication soit l'expression surtout de cette douleur et non pas la conséquence d'altérations telles que, la douleur n'existant pas, la boiterie per-

(1) Dans ce paragraphe, Bouley n'a en vue que la névrectomie plantaire.

sisterait comme effet inévitable et fatal des conditions mécaniques vicieuses. »

Il ne faut donc pas que la boiterie provienne d'une ankylose articulaire plus ou moins prononcée ; dans ce cas, en effet, la névrectomie, qui ne supprime que l'élément douleur, ne saurait redonner à l'articulation lésée son jeu normal et toute sa souplesse primitive.

Toutefois, la névrectomie n'est pas un traitement curatif ; elle ne peut faire régresser les lésions pré-existantes ; tout au plus, peut-elle prolonger le même état, et empêcher l'extension du processus pathologique.

Elle permet, et ce n'est pas là son moindre avantage, l'utilisation assez prolongée d'animaux inaptes à tout service, le plus léger soit-il.

Si l'on se borne à ne l'employer que dans certains cas bien déterminés, on sera toujours satisfait du résultat obtenu.

Nous allons passer successivement en revue les diverses indications de chaque névrectomie, en commençant par la névrectomie plantaire.

## A. — Névrectomie plantaire

### I. — NÉVRECTOMIE BASSE.

Dite encore névrectomie phalangienne. Elle sera effectuée lorsque les lésions sont limitées aux régions postérieures du pied :

1° La névrectomie basse et double est tout d'abord à conseiller dans le cas de maladie naviculaire. Cette affection, une fois installée, résiste ordinairement à la plupart des traitements (méthode de GODWIN : saignée, purgatifs, cataplasme, repos — celle de LOISET : topiques, émollients, saignée locale, révulsion sur le paturon — le séton à la fourchette de SEWEL — la cauterisation de l'os naviculaire (LOISET, LAFOSSE). On peut voir par la suite survenir une amélioration notable, quelquefois la disparition momentanée de la boiterie.

Ce changement n'est qu'éphémère et bientôt après le cheval se remet à boiter.

C'est à ce moment qu'on recourt au traitement palliatif, seul avantageux en la circonstance, à la névrectomie plantaire basse et double.

TURNER disait déjà : « Si l'on n'est consulté qu'après l'apparition de la boiterie, une seule ressource reste, elle est palliative, c'est l'opération de la névrectomie ».

L'opération sera faite sur les deux nerfs plantaires, en commençant par l'interne.

Après un temps variable, on peut voir réapparaître la boiterie. Elle est alors souvent due à une névrite (pseudo-névrome) développée sur le bout supérieur des nerfs coupés ou de l'un d'eux seulement. Il faudra « renévrectomiser » en sectionnant de nouveau le nerf au-dessus de la cicatrice.

Pour ce qui est du moment où l'opération doit être pratiquée, nous sommes d'avis que, devant un cheval boiteux, dès que la claudication est reconnue provenant de la maladie naviculaire, il n'y a pas à hésiter :

il faut recourir à la névrectomie plantaire basse et double.

C'était l'opinion de H. BOULEY, partagée aussi par STANLEY. Pour BOULEY, les résultats obtenus sont bien préférables quand on insensibilise le pied au début de la maladie, alors que les lésions sont moins étendues; car, lorsque le sésamoïde et l'épanouissement tendineux qui le revêt sont en parti détruits, ce n'est plus la douleur qui est l'élément prédominant, mais bien les lésions matérielles.

2° L'encastelure nécessite quelquefois la névrectomie phalangienne. En général, l'encastelure idiopathique cède aux divers traitements habituels: au début défermer l'animal et le mettre au pré; si elle est plus accusée, on emploie les ferrures dilatatrices: fers LA-FOSSE, MAILLE; appareil dilatateur de DEFAYS. Si en trois ou quatre mois ces traitements ne donnent pas de résultats satisfaisants, il y a tout lieu de penser que l'on a affaire à une encastelure symptomatique de la maladie naviculaire. appareil naviculaire étant atteint, on procédera sans retard à la névrectomie phalangienne double.

Lors d'encastelure, on continuera après l'opération l'emploi des moyens dilatateurs qui seront d'autant plus utiles que l'appui se fera mieux.

3° Quand il existe des formes osseuses ou cartilagineuses, la névrectomie plantaire basse est insuffisante. Le praticien doit faire l'opération au-dessus du boulet, afin de supprimer les divisions innervant les phalanges et les fibro-cartilages.

4° Pour ce qui est de l'ostéite phalangienne, nous

verrons par la suite que seule la mésoneurectomie donne de bons résultats.

5° Cependant, dans le cas d'ostéite de la crête semi-lunaire, LIÉNAUX prétend qu'il sera toujours préférable de pratiquer la névrectomie basse, qui permettra d'utiliser les sujets avec une ferrure normale.

6° Une autre indication de la névrectomie basse et double a été précisée par le professeur CADÉAC: « On peut se trouver en présence de boiteries rebelles consécutives au clou de rue; si l'on explore le pied malade, on ne trouve aucune lésion. La douleur a une origine profonde. La névrectomie est surtout utile contre les clous de rue traités chirurgicalement par section complète de l'aponévrose plantaire et rugination du petit sésamoïde.

La boiterie nulle au pas pendant la période de cicatrisation, devient parfois très intense au moment où la cicatrisation s'achève. La rétraction cicatricielle, les adhérences anormales qui s'établissent, sont, à chaque flexion du boulet, une cause de tiraillements et de souffrance.

L'animal guéri du clou de rue est tellement boîteux qu'il est inutilisable. C'est dans ces cas très connus que la névrectomie rend les plus grands services.

Elle n'entrave en rien le travail de cicatrisation, et rend au pied et au paturon la liberté de leurs mouvements. Elle doit être pratiquée au paturon sur la branche postérieure et des deux côtés. Ainsi, les animaux deviennent rapidement utilisables; ils cessent de souffrir et de maigrir. »

## II. — NÉVRECTOMIE HAUTE.

Appelée aussi « névrectomie métacarpienne, ou métatarsienne ». Elle est indiquée lors d'affections chroniques de la région phalangienne, de formes cartilagineuses, ou de lésions anciennes des tissus constituant les parties antérieures du pied :

1° Les formes cartilagineuses ou osseuses résistent la plupart du temps à tous les traitements: cautérisation, périostotomie, etc... Il faut recourir à la névrectomie haute. Suivant l'étendue et le siège des lésions, l'opération sera simple ou double.

On obtient de très bons résultats quoiqu'en ait dit LAFOSSE qui prétend que « cette opération n'offre quelques chances de succès que dans le cas où la forme est assez limitée pour que l'on puisse se borner à la section des branches antérieures ou postérieures des nerfs plantaires, ou même encore à la section de l'une d'elles ».

Certes, la névrectomie haute est dangereuse, témoin les exemples cités par TRASBOT, BENJAMIN, JACOULET. Mais il faut bien remarquer que cette opération est pratiquée sur des chevaux ayant des formes volumineuses, qui les rendent totalement inutilisables.

Nous sommes d'avis avec GOURDON, HARDY, HUGUES, NOCARD, que pour remédier aux boiteries causées par les formes, il ne faut pas trop attendre pour opérer; on court ainsi la chance non seulement d'enrayer le processus d'exostose, mais aussi d'en provoquer la résorption.

Les résultats seront cependant meilleurs quand il s'agira de formes cartilagineuses, que lorsque l'on sera en présence de formes coronaires.

Pour les formes cartilagineuses, la douleur est presque toujours la seule cause de la boiterie. Cette douleur est due à la compression des parties sensibles.

De toutes les indications de la névrectomie haute, celle-ci est certainement la plus justifiée.

Mais dans les formes coronaires, en plus de la douleur, il peut exister une gêne mécanique, qui est la cause d'un demi-succès. Malgré tout, dans ces cas, la névrectomie, si elle est pratiquée à temps, peut empêcher la pseudo-ankylose, en facilitant les mouvements des deux surfaces articulaires l'une sur l'autre; alors que, par suite de la sensibilité exagérée, l'hésitation de l'animal à mouvoir le membre malade persisterait, et rien n'empêcherait plus les articulations de « se figer », suivant la pittoresque expression de H. BOULEY.

Les formes étant le plus souvent unilatérales, l'opération pourra n'être pratiquée que d'un seul côté, ce qui sera une condition des plus avantageuses.

Nous pensons avec NOCARD, TRASBOT, que, en cas de forme bilatérale, il est indiqué de couper le tronc nerveux entier du côté où la forme est la plus volumineuse; de l'autre côté, on excise au-dessous du boulet, soit la branche antérieure, soit la branche postérieure.

2° Quant à l'emploi de la névrectomie haute dans le cas de fourbure chronique, nous restons tout à fait sceptique à ce sujet.

H. BOULEY, NOCARD prétendaient que la névrectomie

rendait les plus grands services lors de fourbure chronique.

Or, quand on névrectomise un cheval fourbu, que la maladie soit ancienne, chronique, ou récente, peu importe; on constate d'abord une amélioration de la boiterie, mais au bout de trois semaines ou de un mois au plus, la boiterie est revenue, et l'animal est moins utilisable qu'avant l'opération.

Les troubles circulatoires engendrés par la fourbure sont exagérés par la section des filets sympathiques vaso-moteurs contenus dans les nerfs plantaires.

3° Par contre, l'ostéite phalangienne, affection fréquente de nos jours sur les chevaux légers, et plus particulièrement aux membres antérieurs, est combattue, mais en vain, par les traitements les plus divers.

On est souvent, pour ne pas dire presque toujours, obligé de recourir à la névrectomie haute et double. Cette dernière opération donne toutefois des résultats inférieurs à ceux obtenus avec la mésoneurectomie.

Il semble aujourd'hui bien démontré que l'ostéite même après névrectomie, n'en continue pas moins à évoluer. Il est vrai que la névrectomie n'est alors faite que comme suprême ressource, comme une « ultima ratio ».

On peut donc la pratiquer, mais seulement après avoir épuisé toute la gamme des autres procédés thérapeutiques.

4° Nous citons simplement, sans pouvoir en discuter la valeur faute d'expériences, une autre indication de la névrectomie haute.

Après la cure chirurgicale complète du clou de rue, tantôt pendant la réparation de la plaie opératoire, tantôt tardivement, on peut voir survenir la périostose coronaire. Son traitement est identique à celui des formes coronaires, rainures pariétales, fer à planche, cautérisation, et en fin de compte la névrectomie haute et double.

5° On a voulu aussi utiliser la névrectomie haute et unilatérale pour remédier à la boiterie due au kéra-phylocèle.

Certains auteurs ont prétendu que la résection nerveuse, supprimant la douleur occasionnée par la compression du tissu feuilleté, rendait les plus grands services. S. J. J. HARGER, dans « l'American Vétérinary Review », en 1894, en vante les bienfaits.

Sans vouloir trancher la question, nous estimons que, lors de kéra-phylocèle avec boiterie, si cette dernière persiste après l'application de pansements humides et malgré un long repos, le seul traitement consiste dans l'ablation de la tumeur cornée. Cette opération, d'ailleurs très délicate, suffit pour remettre l'animal en service. Ce ne serait que devant l'inefficacité d'un pareil traitement, que nous conseillerions la névrectomie haute unilatérale.

## B. — Névrectomie du cubital

Cette opération est très peu pratiquée. Ayant à peu près les mêmes indications que la mésoneurectomie,

on lui préfère cette dernière. En cas d'insuccès de la névrectomie du médian, on peut procéder à la résection du cubital.

Il existe des sujets chez lesquels les sensations douloureuses provoquées par les lésions situées au côté externe du membre, voire au côté interne — ici en raison de la récurrence nerveuse — ne sont qu'atténuées, non éteintes par la section du nerf médian. La boiterie persiste plus ou moins forte. C'est en présence de ces cas que l'on peut, à l'exemple de VENNERSHOLM, faire utilement la névrectomie du cubital.

ALMY la recommande dans deux cas: formes et vessigon carpien. Pour ces deux affections, il a constaté que la névrectomie du cubital provoque la diminution et même la disparition de la boiterie.

### C. — Névrectomie du médian

Encore appelée « mésoneurectomie », la névrectomie du médian, devenue classique de nos jours, est indiquée lorsque la boiterie est due à des lésions chroniques des tendons fléchisseurs des phalanges, de leurs brides, du genou ou de l'une des régions sous-carpiennes.

1° PELLERIN, en 1892, la conseillait dans le cas de nerf-férure ancienne. A cette même époque, CADIOT et WEBER estimaient que la névrectomie du médian devait entraîner, dans un temps plus ou moins long, des troubles trophiques certains. MOUSSU, au contraire,

prétend qu'il ne faut pas hésiter entre la possibilité d'accidents rares et les grandes chances d'amélioration de l'état d'animaux inutilisables et sans valeur commerciale.

Beaucoup de tendinites résistent aux traitements les plus rationnels. Tantôt le cheval reste légèrement boiteux, tout en étant néanmoins capable de fournir un léger travail; tantôt la boiterie est si forte que le moindre effort est interdit au sujet. La névrectomie du médian est alors toute indiquée.

PETERS, MÖLLER, GOLDMANN, BLANCHARD ont tour à tour montré les avantages qu'elle peut procurer dans les lésions anciennes des tendons.

Certes, un cheval de sang, qui aura subi cette opération, ne retrouvera pas sur les hippodromes sa classe antérieure. Mais les résultats sont tels qu'il ne faut pas hésiter à intervenir.

Le Professeur CADÉAC dit, à ce sujet : « Si la lésion, particulièrement grave, a résisté à tous les traitements y compris la cautérisation pénétrante, ou, ce qui est encore le plus fréquent, si l'animal a été remis trop vite à un travail trop pénible et qu'il ait contracté une récurrence, la boiterie peut alors persister pendant de longs mois. Les tendons sont le siège d'un engorgement chronique sous une couche conjonctive épaisse et indurée; il peut même se produire que la lésion primitive soit comme noyée au milieu de l'induration générale, et qu'il ne soit plus possible d'avoir une idée précise des organes lésés.

Cette hypertrophie conjonctive prend quelquefois de fortes proportions. La peau et les tissus circum-

voisins ne constituent plus qu'une sorte de gangue, au sein de laquelle les tendons, dont les gaines synoviales ont plus ou moins disparu, glissent difficilement. La chondrification et l'ossification partielle de ces tissus, la sclérose des vaisseaux et la névrite interstitielle des troncs nerveux qui les parcourent, rendent la lésion incurable et l'animal qui en est atteint à jamais impotent.

Les cautérisations répétées ne font, dans ce cas, qu'augmenter l'induration périphérique des téguments sans produire une action très sensible sur les lésions profondes.

Seule la névrectomie du médian peut, en insensibilisant la partie inférieure du membre, permettre l'utilisation de l'animal pour certains travaux n'exigeant que l'allure du pas. »

Cependant, d'après les travaux faits à ce sujet et les nombreuses relations de cas de tendinite chronique traités par névrectomie, il résulte qu'il n'est pas nécessaire que les lésions soient parvenues à ce degré extrême de développement, pour qu'il soit avantageux de recourir à cette opération.

Depuis le mémoire de PETERS (1885) en Allemagne, et les relations de GOLDMANN (1881) en Angleterre, de BALDONI (1894) en Italie, de PELLERIN, MOUSSU, BLANCHARD, en France, la névrectomie du médian constitue un traitement d'usage courant, dont les bienfaits, dans certains cas de tendinites, ne sont plus à proclamer.

« Sans aucune crainte, dit le Professeur MOUSSU, je place la névrectomie médiane dans les opérations réellement pratiques, et conseille d'y recourir sans hé-

sitation lorsqu'il y aura nerf-férure bien accusée. Le praticien fera ainsi d'un cheval de boucherie un animal qui continuera à rendre de bons et longs services. »

BLANCHARD fait les restrictions suivantes : « Pour réussir il faut avoir affaire à une lésion ancienne avec organisation complète, non susceptible de poussées inflammatoires. Quand ces conditions ne sont pas remplies, les tiraillements éprouvés par une région malade, sur laquelle l'animal s'appuie franchement, déterminent des inflammations violentes contre lesquelles le vétérinaire a peu de chances de succès. »

2° Une autre indication de la névrectomie du médian mérite d'être signalée : c'est lors de la bouleture passive des adultes.

La névrectomie est à la bouleture passive ce que la ténotomie est à la bouleture active. Dans l'un comme dans l'autre cas, ces opérations n'entraînent pas une guérison définitive, mais elles permettent l'utilisation de l'animal pendant un temps qui peut varier de quelques mois à quelques années.

Avec la disparition de la douleur, les tendons peuvent revenir à leur longueur primitive, et le boulet reprendre ses aplombs normaux.

Cette élongation des tendons fléchisseurs s'explique par la disparition de l'état de contraction musculaire continu, déterminé par le sentiment de la douleur à chaque participation du pied à l'appui, et aussi par l'élongation de ces mêmes muscles et tendons sous l'influence des tractions de la poulie sésamoïdienne, dont l'action avait été suspendue.

« Dans plus de cinq cents névrectomies du médian, dit le Docteur MOREY, pratiquées le plus souvent pour la bouleture s'accompagnant d'exostoses ou de synovites, nous avons presque toujours noté la disparition de la bouleture, alors même que cette déformation était au troisième degré.

Un point qui nous semble important pour éviter l'élongation démesurée du tendon à la suite de l'opération consiste à appliquer au pied correspondant une ferrure rationnelle.

Avant l'opération, nous appliquons un fer à pince un peu prolongée et légèrement relevée, avec des crampons de un centimètre de hauteur environ aux éponges. Dans un cas même, nous avons pu, grâce à l'emploi de cette ferrure, combattre avec succès et arrêter l'élongation qui s'était déjà produite. Dans ce cas, nous avons omis d'appliquer avant l'opération la ferrure indiquée plus haut. »

3° La névrectomie du médian donne encore d'excellents résultats dans le cas de suros provoquant une boiterie très forte résistant aux traitements classiques : vésicants, cautérisation...

Il en est de même pour les différentes formes cartilagineuses et coronaires. Pour ces dernières, la mésoneurectomie donne des résultats supérieurs à ceux obtenus par la névrectomie haute et double, par suite de la persistance de la sensibilité qui subsiste du fait du cubital, lequel contribue à former le nerf plantaire.

PETERS, GOLDMANN, BLANCHARD ont montré tous les bénéfices que procure cette opération. Si on est en pré-

sence de périostose coronaire, il faut opérer sans hésitation, de même que lors de périostose des phalanges.

CHAUSSÉ prétendait même que l'on peut pratiquer l'opération aux deux membres à la fois; ceci est très imprudent et nous le déconseillons fortement.

4° La boiterie occasionnée par la maladie naviculaire disparaît très souvent à la suite de la névrectomie plantaire. Parfois, lorsque la claudication reparaît, on est obligé de recourir à la mésoneurectomie.

5° Le Professeur CADÉAC, en 1911, a montré que la douleur déterminée par les synovites consécutives à la pneumonie est quelquefois si intense que les animaux ne peuvent se tenir debout, et qu'ils sont condamnés à périr si on ne diminue pas leurs souffrances. La section du médian, faite sur le membre souffrant, provoque une amélioration immédiate; elle permet à l'animal de résister à la synovite, de se lever, de manger et de guérir.

6° Enfin, il nous reste à indiquer les effets très satisfaisants de la névrectomie du médian dans les cas d'arthrite du pied ayant laissé une boiterie persistante.

En résumé, on devra employer la mésoneurectomie contre la boiterie due à la maladie naviculaire très ancienne, les formes péri-coronaires, les ostéites phalangiennes, métacarpiennes, carpiennes, ayant résisté à la cautérisation en pointes fines et pénétrantes, les tendinites chroniques, la bouleture passive,

#### D. — Névrectomie de la branche palmaire profonde

Cette opération, relativement récente, peut être, dans certains cas, substituée avantageusement à la névrectomie du médian ou à celle du cubital.

Pour BOURDELLE, « elle a sa raison d'être lors de lésions chroniques bien localisées du ligament suspenseur du boulet ou de la région post-métacarpienne profonde, suros-métacarpiens profonds ».

Cette névrectomie a le très gros avantage de limiter le délabrement nerveux à un minimum indispensable. Elle permet de conserver intacte la sensibilité de la région digitée, quand cette extrémité est indemne de toutes lésions.

#### E. — Névrectomie du sciatique

De même que la mésoneurectomie, la névrectomie du sciatique est indiquée dans les cas de lésions chroniques des tendons, du canon, du boulet, des phalanges et du pied.

Elle est pratiquée le plus souvent pour remédier aux claudications dues à l'éparvin incurable et aux diverses lésions chroniques du jarret. Employée rarement seule, on préfère lui associer la résection du nerf tibial antérieur.

L'éparvin ou ostéo-arthrite tarsienne est une affec-

tion que l'on rencontre couramment sur les chevaux de toute race et de tout format. Au cours de son évolution, et particulièrement tout au début, l'œil ne perçoit aucun relief anormal de la base du jarret, mais la boiterie est à ce moment excessivement prononcée.

L'animal, étant aux allures vives, éprouve une douleur très forte à chaque mouvement du jarret, douleur qui rend l'allure saccadée et fait prendre au jarret souffrant une attitude « figée » caractéristique. Peu à peu, une tumeur osseuse s'exteriorise, et va se développant de plus en plus.

La douleur s'atténue et la boiterie devient beaucoup moins forte.

L'éparvin est traité par les frictions vésicantes ou, ce qui est mieux, par la cautérisation en pointes fines et pénétrantes.

Les résultats n'étant pas toujours satisfaisants, on a songé à la névrectomie.

Cette idée n'est pas neuve. BOSI, de Bologne, étudia un des premiers la question, et fit de nombreuses expériences très concluantes.

FRÖHNER, voulant essayer cette nouvelle méthode, sectionna à la fois le nerf grand sciatique (nervus tibialis) et le nerf tibial antérieur (nervus péronéus) ; c'est ainsi qu'il pratiqua cette opération sur un sujet atteint d'éparvin ayant résisté à divers traitements, y compris la cautérisation pénétrante. L'ostéite était très prononcée, et la boiterie intense.

Après névrectomie, la marche devint aisée, et la boiterie disparut. Par la suite, le succès ne se démentit pas.

Plus tard, FRÖHNER opéra douze nouveaux sujets, et eut douze nouveaux succès.

BAYER, en 1899, dans son « *Traité de Médecine opératoire* », rapporte huit cas personnels de névrectomie du sciatique et du tibial sur des chevaux hors d'usage par suite d'éparvin. « Les résultats, dit-il, ont été vraiment extraordinaires. »

De nombreux praticiens, entre autres SCHIMMEL, VOGT, NORDHEIM, HAUSEN, apprécièrent également les avantages de l'opération de BOSI.

SCHWENDIMANN pratiqua plusieurs fois la névrectomie double dans le cas d'éparvin. Il estime que cette opération est fort utile, mais ne doit être faite qu'en dernier ressort.

BASSI est du même avis. CADIOT en vante les bienfaits, tout en faisant des restrictions sur son emploi.

Malgré tout ce qui vient d'être dit, il ne faut pas se leurrer. La névrectomie double, lors d'éparvin, est certainement un mode de traitement précieux. Il faut toutefois en user à bon escient. Nous ne la conseillons que lorsque l'on aura reconnu impuissants les effets de la cautérisation pénétrante, qui donne, il faut s'en souvenir, 50 % de guérisons.

De plus, il est certain que la névrectomie du sciatique est plus dangereuse que celle du médian. La section du grand sciatique au-dessus du jarret supprime toute influence nerveuse dans les parties inférieures du membre, tandis que la section du médian laisse subsister une certaine sensibilité due au cubital, qui contribue à la formation du nerf plantaire externe.

Les auteurs qui croient à l'origine nerveuse du Har-

per ou éparvin sec, théorie admise par LAFOSSE, PERCIWALL, MERLE, préconisent la névrectomie du sciatique; ils ajoutent que l'opération n'est suivie de réussite que lorsque les lésions siègent dans les parties inférieures du membre.

#### F. — Névrectomie du tibial antérieur

Nous venons de voir que l'on associe cette névrectomie à celle du grand sciatique, quand on veut supprimer la douleur occasionnée par l'éparvin.

Des filets du nerf tibial antérieur gagnent, en effet, les arthroïdes de la face postéro-interne du jarret en suivant l'artère pédiense perforante dans le conduit cuboïdo-scaphoïdo-cunéen.

Il n'en reste pas moins vrai que la section concomitante du nerf grand sciatique, entraînant la suppression de la sensibilité dans le sabot, constitue un argument sérieux contre le traitement de l'éparvin par les névrectomies.

Quelques auteurs ont essayé la seule résection du nerf tibial antérieur pour remédier au harper; ce traitement n'a donné que des résultats médiocres.

#### G. — Névrectomie du musculo-cutané

Cette névrectomie a été proposée pour combattre l'éparvin sec. Les résultats publiés, quoique peu nombreux, ne semblent pourtant guère encourageants. Elle est peu utilisée.

## CHAPITRE II

---

### Résultats des névrectomies

---

Le praticien peut, au moment de l'opération, prévoir dans une très large mesure quels seront les résultats de son intervention. La névrectomie, lorsque l'indication en a été reconnue, doit être faite dans certaines conditions, dont dépend le succès pour une large part.

Nous dirons, tout d'abord, quelques mots de l'anesthésie régionale, qui est de nos jours de plus en plus employée, et à juste titre. Cette opération consiste à injecter sur le trajet des nerfs une solution de cocaïne-adréraline; elle a pour but d'anesthésier les filets nerveux, et par suite de faire momentanément cesser la boiterie.

Nous sommes d'avis qu'il faut toujours pratiquer l'anesthésie locale avant de faire une névrectomie. « Cette pratique, dit LIÉNAUX, a le gros avantage de

montrer que le résultat désiré peut être envisagé avec confiance; c'est enfin un moyen très élégant pour convaincre un propriétaire encore sceptique sur le résultat de la névrotomie ».

La solution de cocaïne-adréraline répond à la formule suivante (1), qui donne toute satisfaction :

Chlorydrate de cocaïne ..... 30 centigrammes  
Chlorydrate d'adrénaline au 1/100<sup>e</sup>. 5 gouttes  
Eau stérile ..... 10 grammes

LIÉNAUX ajoute : « Aucun accident n'est à craindre. L'adrénaline a pour effet, en déterminant une vasoconstriction locale, de retarder l'absorption de l'agent anesthésiant et de prolonger la durée de son action. Celle-ci se montre ordinairement après dix minutes et dure le même temps en l'absence d'adrénaline; ou deux ou trois heures lorsqu'on associe cette dernière... Un léger massage suivant l'injection facilite la diffusion du liquide. »

Arrivons maintenant aux précautions à prendre avant et pendant l'opération.

En premier lieu, il ne faut pas hésiter à faire une large résection du nerf, au minimum cinq à six centimètres. On évite ainsi la régénération du nerf et la production d'un névrome douloureux, ce qui explique souvent la réapparition précoce de la boiterie.

En second lieu, l'opération doit être pratiquée avec une grande asepsie. La suppuration exerce une influence désastreuse sur les suites de la névrectomie.

(1) LIÉNAUX. Études sur les boiteries du cheval. *Rev. Gén. de Méd. Vétér.*, 1920.

On a l'occasion de le constater lors de névrectomie basse et double: le côté interne, opéré le premier, est quelquefois infecté au moment où l'animal est retourné, et où l'on prépare la région externe. Quelques mois plus tard, le côté interne, qui a suppuré, est le siège d'un névrome très douloureux à la pression, et l'animal boite; au contraire le côté externe, dont la cicatrisation a été immédiate, est au-dessous de la section d'une insensibilité parfaite.

CADÉAC dit d'ailleurs : « Des séries de névrotomies ont été pratiquées comparativement d'après deux méthodes : l'une qu'on peut qualifier de timide et de sale en raison du peu de longueur du nerf sectionné et du peu de soins apportés dans l'opération; l'autre qu'on peut appeler hardie et propre puisqu'on fait une grande incision et une résection nerveuse de près de dix centimètres de longueur et qu'on obtient la cicatrisation par première intention. »

Avant d'opérer, le praticien aura soin d'examiner minutieusement le sabot et la région inférieure du membre. S'il trouve une lésion suppurante ou suspecte d'infection, il n'interviendra pas. Il faut traiter les lésions jusqu'à guérison complète, et à ce moment seulement l'opération sera pratiquée.

La névrectomie terminée, les plaies cicatrisées, il reste encore à surveiller attentivement le sujet. L'animal opéré restera au repos complet, au minimum un mois et demi, avant de recommencer tout travail. On fera alors faire au sujet des exercices légers, pour n'arriver à lui faire reprendre son service normal que graduellement.

Le repos prolongé est une des conditions principales de la guérison.

En résumé, la névrectomie constitue un mode de traitement fort précieux. Dans le courant du dernier siècle, on a fait de cette opération un emploi abusif, d'où la méfiance actuelle qui règne parmi les praticiens.

Il ne faut pas que cet état d'esprit persiste; ce serait une grave erreur. Quand on possède les moyens de lutter contre certaines affections renommées « incurables », ce serait réellement dommage de ne pas y recourir.

## Conclusions

---

I. — Les névrectomies sont des opérations courantes en médecine vétérinaire, et d'exécution facile. Dans tous les cas, ce sont des interventions « voulues ».

II. — Elles donnent des résultats tout à fait satisfaisants, à condition de les utiliser dans certains cas bien déterminés.

III. — La névrectomie plantaire et la névrectomie du médian sont les plus employées.

La névrectomie du médian est la plus recommandable, car elle laisse persister une certaine sensibilité dans les parties inférieures du membre.

IV. — Les troubles trophiques et accidents divers proviennent en majeure partie du défaut ou du manque d'asepsie au moment de l'intervention.

V. — Si l'on décèle sur le membre malade des lésions aiguës ou des plaies infectées, il ne faut pas opérer. Le praticien traitera ces affections, et ce ne

sera qu'après leur complète guérison que l'opération pourra être pratiquée.

VI. — Il faut retrancher au minimum sept à huit centimètres de substance nerveuse. On évite ainsi la régénération du nerf et la production de névromes douloureux.

VII. — Des soins attentifs après l'opération et, par la suite, une utilisation raisonnée du sujet sont nécessaires pour obtenir un résultat réellement probant.

VIII. — Avant l'opération, on pratiquera toujours une injection anesthésiante de cocaïne-adréraline.

Vu : Le Directeur  
de l'Ecole Vétérinaire de Lyon  
Ch. PORCHER.

Le Professeur  
de l'Ecole Vétérinaire,  
D<sup>r</sup> DOUVILLE.

Vu : *Le Doyen*,  
J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,  
D<sup>r</sup> PATEL.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 Octobre 1928.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université.

J. GHEUSI.

## Bibliographie

---

- ALMY. — *J. V. de Lyon*, 1896, p. 159.  
ARLOING et TRIPIER. — *Académie des Sciences de Paris*, 1874.  
BALDONI. — *Clinica Veterinaria*, 1894, n<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 6.  
BARRIER. — *Recueil de Médecine Vétérinaire militaire*, 1904, p. 316.  
BASSI. — *Annales de Médecine Vétérinaire*, 1903, p. 697.  
BLANCHARD. — *Recueil de Médecine Vétérinaire*, 1895 et 1896.  
BOULEY (H.). — *Dictionnaire pratique de Médecine, Chirurgie et Hygiène vétérinaires*.  
BOURDELLE. — *Annales de Médecine Vétérinaire*, 1923, p. 221.  
BRAÜELL. — *J. V. de Lyon*, 1857, p. 475.  
BURGI. — *Schweizer Archiv.*, déc. 1907, p. 39.  
CADÉAC. — *Traité de pathologie interne des animaux domestiques*.  
— *Traité de sémiologie des animaux domestiques*.  
— *Pathologie chirurgicale des articulations*.  
— *J. V. de Lyon*, 1897 et 1911.  
CADIOT. — *Etudes de pathologie et de clinique*.  
CAGNY. — *J. V. de Lyon*, 1897.  
CAILLIBAUD. — *J. V. de Lyon*, 1903, p. 111  
CHAUSSÉ. — *J. V. de Lyon*, 1899, p. 419.

- CLUZET. — *J. V. de Lyon*, 1852, p. 301.  
CONTI. — *Il moderno zooiato*, 1922.  
COQUOT et BOURDELLE. — *Recueil de Méd. Vét.*, 1917,  
p. 401.  
DE JONG. — *Tydschrift voor veeartseinkunde en Veeteelt*,  
1889, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> Aflevering.  
DEYSINE. — *Recueil de Méd. Vét.*, 1901.  
FRICK. — *Recueil de Méd. Vét.*, 1917, p. 496.  
GEROSA. — *Clinica Vétérinaria*, 1900, juin, juillet.  
GLASCOW et ROBB (W.). — *Journal of comparative patho-  
logy and therapeutic*, déc. 1900.  
HARGER (S. J. J.). — *American Vétérinary Review*, nov.  
1894.  
HOBDAV. — *The Vétérinarian*, janvier 1897.  
JACOTIN. — *Annales de Méd. Vét.*, 1887.  
JACOULET. — *Recueil de Méd. Vét.*, 1900, p. 777.  
JOBELOT. — *Recueil de Méd. Vét. militaire*, 1902, p. 278.  
KILLIP. — *American Vétérinary Review*, oct. 1895.  
LABAT. — *Annales de Méd. Vét.*, 1877, p. 211.  
LIÉNAUX. — *Annales de Méd. Vét.*, 1912, p. 585.  
LUBBERNICK. — *Annales de Méd. Vét.*, 1887, p. 620.  
MAGNIN. — *Recueil de Méd. Vét.*, 1900.  
NOCARD. — *Recueil de Méd. Vét.*, EFFE, p. 1170.  
OVERBECK. — *Annales de Méd. Vét.*, 1901, p. 148.  
PADER. — *J. V. de Lyon*, 1900, p. 526.  
PELLERIN. — *Société Centrale*, 1892, déc.  
PERCIWALL. — *Leçons élémentaires sur l'art vétérinaire*  
(analysées par Girard fils). *Recueil de Méd. Vét.*,  
1824, p. 441.  
PEUCH. — *J. V. de Lyon*, 1905, p. 139.  
RANVIER. — *Académie des Sciences de Paris*, 30 déc. 1872.  
REY. — *J. V. de Lyon*, 1867, p. 213.  
ROBB. — Cf. Glasgow.  
SCHMETZ. — *Annales de Méd. Vét.*, 1859, p. 381.  
SCHOOFs et STAPPERS. — *Annales de Méd. Vét.*, 1919,  
p. 154.

- SENDRAIL. — *J. V. de Lyon*, 1895, p. 741.  
SCHMITH. — *The Vétérinary Record*, 26 février 1898.  
TRIPPIER. — Cf. Arloing.  
VENNERHOLM. — *Monatshefte*, vol. VII, 2<sup>e</sup> fascicule.  
VIDELIER. — *J. V. de Lyon*, 1897, p. 481.  
VILLATE (fils). — *Recueil de Méd. Vét.*, 1828, p. 401, et  
1830, p. 369.  
WESTER. — *Tydschrift voor veeartsenkunde*, janvier  
1903, p. 103.

## TABLE DES MATIÈRES

---

Avant-propos.....	7
Introduction .....	9
Historique.....	11
<i>Chapitre Premier.</i> — Indications des névrectomies	19
A. — Névrectomie plantaire .....	20
B. — Névrectomie du cubital .....	27
C. — Névrectomie du médian.....	28
D. — Névrectomie de la branche palmaire profonde.....	34
E. — Névrectomie du sciatique.....	34
F. — Névrectomie du tibial antérieur.....	37
G. — Névrectomie du musculo-cutané.....	37
<i>Chapitre II.</i> — Résultats des névrectomies.....	39
Conclusions.....	43
Bibliographie .....	45

---