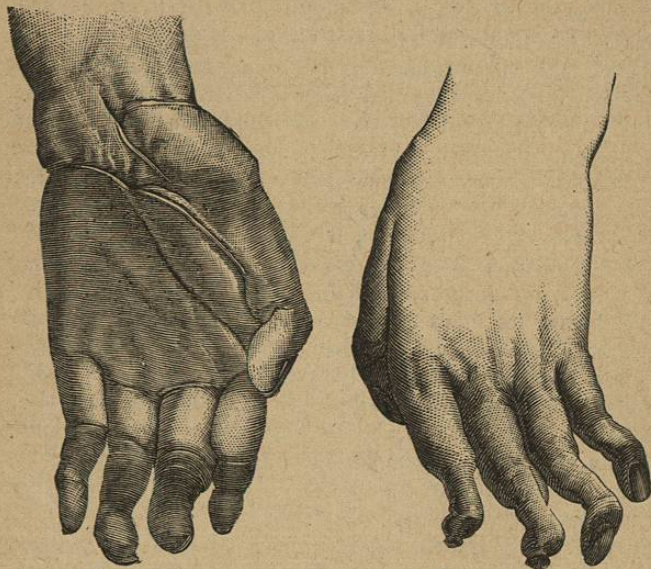


ulcération et qu'on rencontre presque exclusivement aux extrémités, aux doigts ou aux orteils, la névrite se manifeste encore sur le système osseux par une atrophie, une raréfaction qui diminue la solidité du squelette et expose aux fractures spontanées. MORY<sup>1</sup> a insisté sur ces atrophies osseuses consécutives



Face antérieure.

Fig. 92.

Troubles trophiques névritiques consécutifs à une plaie de la paume de la main (RICARD et BOUSQUET).

Face postérieure.

Fig. 93.

aux névrites chroniques d'origine traumatique. Elles surviennent à la suite des plaies contuses, des entorses, des luxations, des fractures et se localisent surtout aux extrémités. Chez un individu ayant subi un double traumatisme du membre inférieur gauche, fracture de jambe et fracture du col du fémur, il exis-

<sup>1</sup> MORY. Congrès français de chirurgie, 1892, p. 249.

tait un an plus tard un raccourcissement du pied gauche de 3 centimètres « à ce point que son pied gauche semblait appartenir à une autre personne que son pied droit ». La radiographie permet de décélérer ces altérations osseuses et montre qu'elles sont souvent plus étendues qu'on ne pourrait le supposer a priori. C'est surtout vers les extrémités qu'elles sont accentuées, au niveau du squelette de la main ou du pied. Au lieu de donner une zone sombre sur l'épreuve radiographique comme des os normaux, ces os raréfiés sont remarquablement clairs, presque complètement perméables aux rayons RÖENTGEN.

Les articulations sont également atteintes; sans parler des attitudes vicieuses, des subluxations consécutives aux atrophies, puis aux rétractions tendineuses et musculaires bien étudiées par COUYBA<sup>1</sup>, on rencontre dans la névrite de véritables *arthrites* et *arthropathies*, avec altérations et déformations des surfaces articulaires. BLUM<sup>2</sup> et ARNOZAN<sup>3</sup> en ont donné une bonne description. Les lésions articulaires sont souvent masquées en partie par de l'œdème et de l'empatement des parties molles avoisinantes, notamment au niveau des gaines tendineuses péri-articulaires. La tumeur dorsale du poignet, si fréquente dans la paralysie radiale d'origine saturnine, est un trouble trophique de ce genre qu'on a signalé également à la suite de plaie nerveuse (NICAISE).

#### MARCHE. — PRONOSTIC

Nous avons vu que la névrite aiguë était toujours de courte durée; par contre la névrite chronique qui lui succède le plus souvent, persiste parfois avec une ténacité désespérante. Sans compter que, dans ces formes prolongées, la névrite suit une marche extensive, vers la racine du nerf et vers ses ramifications terminales. La névrite ascendante la plus grave des deux gagne la moelle, y crée des lésions de myélite et peut de là se propager

<sup>1</sup> COUYBA. Thèse de doctorat, Paris, 1871, n° 138.

<sup>2</sup> BLUM. Thèse d'agrégation, 1875.

<sup>3</sup> ARNOZAN. Thèse d'agrégation, 1880.

à d'autres troncs nerveux et en particulier à ceux du côté opposé.

DUMÉNIL<sup>1</sup> (de Rouen) a publié la première observation de névrite ascendante. Il s'agissait d'une névrite d'origine interne.

CHARVOT<sup>2</sup>, LELOIR<sup>3</sup>, OSGOOD MASON<sup>4</sup>, en ont cité des exemples remarquables. L'extension est souvent annoncée par une recrudescence des douleurs au niveau de la plaie nerveuse, avec fourmillements et élancements irradiant vers la racine du membre.

Une connaissance plus approfondie de la pathologie nerveuse, et en particulier la notion plus précise de la répartition des troubles, suivant la localisation de la lésion sur le système nerveux, ont permis dans ces dernières années de distinguer dans la névrite ascendante une phase intermédiaire entre l'inflammation du tronc nerveux et celle de la moelle, c'est la *phase radiculaire* qui suit la névrite proprement dite et précède la myélite. GILLES DE LA TOURETTE et CHIPAULT<sup>5</sup> ont pu, d'après la topographie des troubles de la sensibilité, différencier cette phase de la névrite ascendante se propageant à la moelle.

La névrite ascendante peut compliquer la névrite aiguë, elle évolue alors beaucoup plus rapidement et entraîne la mort à brève échéance.

**Formes.** — La complexité des lésions, leur aspect si varié rendent la description de la névrite forcément confuse. Pour plus de clarté, on peut décrire différentes formes suivant la prédominance de tel symptôme, et suivant la marche suivie par le processus névritique. Nous avons déjà signalé les deux formes principales aiguë et chronique et nous avons ajouté combien il était fréquent de voir la forme chronique se greffer sur la forme aiguë de durée éphémère. De même nous venons de rappeler les formes extensives ascendante et descendante. On peut encore distinguer la

<sup>1</sup> DUMÉNIL (de Rouen). Gazette hebdomadaire, 1866, p. 51, 67, 84.

<sup>2</sup> CHARVOT. Archives générales de médecine, 1885, t. XVI, p. 151.

<sup>3</sup> LELOIR. Ann. de dermatol. et de syphiligr., 1886, 2<sup>e</sup> série, t. VII, p. 705.

<sup>4</sup> OSGOOD MASON. Ann. J. of Méd. Sciences, 1886, p. 483.

<sup>5</sup> GILLES DE LA TOURETTE et CHIPAULT. Presse médicale, 6 juin 1896.

*forme douloureuse*, la *forme atrophique*, la *forme dystrophique* et la *forme tardive*.

Certaines névrites sont remarquables à cause de l'intensité et de la persistance des douleurs qu'elles provoquent. Les troubles moteurs et trophiques ne sont pas en rapport avec cette hyperesthésie. On les rencontre surtout chez des sujets prédisposés de par leur état névropathique antérieur. Les douleurs entretiennent et accentuent cette tare préexistante et l'on peut voir un jour ou l'autre se greffer sur la névrite des accidents hystériques ou épileptiques.

Chez d'autres individus, ce sont les troubles trophiques qui attirent l'attention, non seulement au niveau des parties molles, peau, tissu cellulo-graisseux, muscles, mais aussi sur les os. L'amaigrissement d'un membre, et en particulier l'atrophie musculaire, se montre constamment à la suite de la section simple d'un nerf mais jamais au même degré et avec la même persistance que lorsque la plaie nerveuse se complique d'inflammation, de névrite.

D'autres fois, ce sont les œdèmes, les gonflements, les pseudophlegmons qui dominent. Le membre, surtout vers l'extrémité, prend un aspect éléphantiasique dû à l'épaississement et à l'infiltration dure de la peau et des tissus sous-jacents. Les doigts sont gros, lisses, arrondis, cylindriques, écartés les uns des autres ; la main est épaisse ; les téguments sont violacés, froids au toucher, les jointures sont enraidies. Les troubles fonctionnels sont dans ce cas considérables ; le malade peut à peine se servir de sa main raide et douloureuse.

Enfin il est une forme importante à connaître car elle peut être fort embarrassante, c'est la *névrite tardive*. Le traumatisme nerveux remonte à plusieurs mois, quelquefois même à quelques années. Au moment de l'accident, il y a eu des signes plus ou moins nets de névrite aiguë, puis tous les accidents se sont bientôt dissipés. Après une période pendant laquelle le membre a repris son aspect normal et retrouvé toutes ses fonctions, les douleurs reparissent, puis les troubles moteurs, et surtout les troubles trophiques. Dans certains cas, la présence d'un corps étranger resté au contact du nerf blessé a été la cause de ces

accidents tardifs, mais parfois ils surviennent sans aucune raison apparente. La névrite chronique a sans doute évolué insidieusement et peut-être s'est-elle manifestée à l'occasion d'un coup, d'une maladie générale infectieuse, ayant déterminé une poussée congestive, une nouvelle infection greffée sur la lésion ancienne.

#### DIAGNOSTIC

Lorsque la névrite siège sur un nerf facilement appréciable à travers les parties molles comme le médian au bras ou le cubital au coude, la constatation du renflement nerveux sous forme d'un cordon dur, en fuseau, ou moniliforme, permettra de distinguer nettement la névrite de la névralgie simple, dans laquelle le tronc nerveux ne présente aucune modification de volume ni de consistance. L'induration des troncs lymphatiques ou des branches veineuses superficielles pourrait en imposer pour l'épaississement du nerf. Une étude attentive de la région permettra une localisation précise sans compter que la phlébite et la lymphangite présentent des caractères propres dont la recherche empêchera toute confusion.

Les *névrites internes* ou médicales se développent sans traumatisme préalable à la suite d'une maladie générale infectieuse telle que la diphtérie, ou résultent d'une intoxication chronique, (alcoolisme, saturnisme, hydrargyrisme, tabagisme, etc.).

La *névrite puerpérale* est, elle aussi, de nature septique. Elle se développe de préférence, sur les nerfs du membre supérieur, cubital et médian. Les commémoratifs aideront à la reconnaître.

#### TRAITEMENT

Ce que nous avons dit des lésions et de l'évolution de la névrite nous montre que le chirurgien est presque impuissant à l'enrayer dans sa marche progressive et extensive. Aussi doit-on s'efforcer de la prévenir.

Il est à peu près impossible d'éviter la névrite consécutive aux traumatismes sous-cutanés tels que la contusion ou l'arrachement.

En présence d'un abcès, d'une adénite, d'un phlegmon, d'un

anthrax ou d'un furoncle, le traitement précoce de la maladie causale, amenant la rétrocession des accidents inflammatoires, constitue le meilleur traitement préventif de la névrite.

Mais c'est surtout en cas de plaie nerveuse que le rôle du chirurgien devient efficace. Le but à atteindre est double, si la plaie est septique, il faut s'efforcer de la désinfecter, et si elle est ou paraît aseptique, on évitera, par une thérapeutique intempestive, d'y semer l'infection. L'usage des antiseptiques est nuisible et doit être absolument proscrit, on ne se servira que de fils aseptiques et d'eau bouillie ou mieux d'eau salée physiologique à 7-10 grammes par litre.

Nous avons déjà, à propos des plaies des nerfs, discuté la question de la suture immédiate et de la suture secondaire ou retardée. En principe on doit admettre que toute plaie accidentelle est infectée; cependant, s'il s'agit d'une section nette, sans écrasement des tissus, sans corps étranger dans la plaie, on devra tenter la réunion primitive, mais on ne se servira que de fils de catgut, de façon que si la plaie suppure le nerf ne soit pas irrité par la présence d'un corps étranger persistant. En face d'une plaie contuse avec infection évidente la question se pose de l'opportunité de la suture nerveuse immédiate. Pour ma part, je pense qu'il vaut mieux surseoir à l'opération, s'efforcer de désinfecter la plaie en la drainant et en enlevant tous les corps étrangers, les esquilles, et ne tenter la suture qu'ultérieurement, au besoin même, la plaie étant complètement cicatrisée. On évitera ainsi de prolonger l'inflammation par la présence du fil à suture, et la destruction des extrémités du nerf sectionné sera réduite au minimum; on se placera donc dans les meilleures conditions pour pratiquer la suture secondaire. Le membre blessé sera enveloppé d'une épaisse couche d'ouate, le froid ayant une influence manifeste sur le développement de la névrite.

Le seul traitement rationnel de la névrite aiguë réside dans l'immobilisation absolue du membre blessé. On y associera le sulfate de quinine et l'emploi des différents calmants en particulier les piqûres de morphine pour combattre la douleur.

**Révlusion. Compression.** — Contre la névrite chronique on

pourra tenter la révulsion superficielle sous forme de pointes de feu, les pulvérisations de chlorure de méthyle ou le stypage sur le trajet du nerf. L'électrisation continue peut également rendre des services, en employant suivant les cas le pôle positif ou le négatif (ERB)<sup>1</sup>.

DELORME<sup>2</sup> a préconisé la compression forcée digitale contre les douleurs de la névrite et a obtenu plusieurs fois par cette méthode des résultats encourageants. Nous avons eu l'occasion<sup>3</sup> d'en donner la description telle que DELORME l'a fournie. Lorsqu'on soupçonne qu'un nerf est comprimé et irrité par un cal exubérant ou par une exostose, il est indiqué de supprimer la saillie osseuse, ou de désenclaver le nerf, en le sculptant dans l'épaisseur du cal.

**Élongation.** — L'élongation a été longtemps considérée comme le traitement de choix de la névrite. Elle fut pratiquée pour la première fois par BILLROTH en 1869 sur le nerf sciatique, puis par NUSSBAUM en 1872 sur les nerfs du plexus brachial. Cet auteur qui, dès 1860, avait soupçonné l'action favorable de ce traitement, en posa nettement les indications.

En France parurent les mémoires de CHAUVEL<sup>4</sup>, LAGRANGE (1886) et plus récemment les travaux de CHARVOT<sup>5</sup> et de TACHARD<sup>6</sup>.

L'élongation a pour effet de supprimer les névralgies si accentuées dans les névrites sans porter atteinte à l'action des fibres motrices. TARNOWSKY<sup>7</sup> a montré qu'elle a une action favorable sur les centres nerveux; on pourrait donc la tenter, même lorsqu'il existe des signes de névrite ascendante. Elle doit être pratiquée avec une certaine douceur, et autant que possible sur une portion saine du nerf. On a proposé un certain nombre d'instruments, dits crochets élongateurs (GILLETTE, NICAISE, MA-

<sup>1</sup> ERB. Traité d'électrothérapie, traduction française, 1884, p. 373.

<sup>2</sup> DELORME. Académie de médecine. Séance du 13 décembre 1894.

<sup>3</sup> Voir p. 417.

<sup>4</sup> CHAUVEL. Archives générales de médecine, 1885, t. XV, p. 711.

<sup>5</sup> CHARVOT. Société de chirurgie, 1894, p. 204.

<sup>6</sup> TACHARD. Archives prov. de chirurgie, 1893, p. 347.

<sup>7</sup> TARNOWSKY. Archives de neurologie, 1885, p. 35.

THIEU). A défaut d'outillage spécial, on pourra se servir d'une pince à forcipressure ou mieux encore des doigts. Le nerf soulevé à l'aide d'une sonde cannelée est saisi entre le pouce et l'index, et on exerce des tractions suivant l'anse du nerf, dans les deux sens, vers les centres et vers la périphérie. SCHWARTZ recommande l'emploi du crochet en graduant la traction suivant le nerf : 20 à 30 kilos pour le nerf sciatique, 8 pour les nerfs médian, cubital ou radial.

Cette opération est sans danger lorsqu'elle est prudemment faite et pourra au besoin être renouvelée.

**Neurotomie. Neurectomie.** — Malheureusement l'élongation a souvent échoué et force est alors d'employer un traitement plus actif. On a depuis longtemps conseillé la *neurotomie*, LETIÉVANT en a donné la technique pour les différents nerfs. A l'heure actuelle on lui substitue la *neurectomie*, supérieure à la neurotomie, par la raison qu'elle s'oppose plus sûrement à la régénération du nerf. Le principal inconvénient de la neurectomie est la suppression fonctionnelle totale des nerfs; si donc il s'agit d'un nerf mixte on sacrifie du coup la fonction motrice. Aussi cette méthode a-t-elle été particulièrement recommandée et employée dans le traitement des névrites des nerfs purement sensitifs. Le nerf trijumeau, dont la névralgie est si fréquente, se prête tout spécialement à la neurectomie à cause de sa fonction purement sensitive. La résection nerveuse doit être pratiquée à distance de la névrite et en se rapprochant le plus possible des centres (BEAUSSE)<sup>1</sup>. On lui a souvent associé l'arrachement du bout périphérique.

La neurectomie risque elle-même d'être insuffisante. On ne compte plus les cas de récédive à échéance plus ou moins brève à la suite de cette opération. On en est réduit alors à proposer l'amputation du membre; mais une névrite peut se développer au niveau du moignon, et l'on voit ainsi des malheureux qui ont subi des mutilations successives, de plus en plus importantes, sans qu'on soit parvenu à les soulager de leurs douleurs.

<sup>1</sup> BEAUSSE. Thèse de doctorat, Paris, 1895-1896, n° 296.

C'est pour ces formes graves et rebelles qu'on a proposé dans ces dernières années une opération plus importante encore, consistant à sectionner ou mieux à réséquer les racines rachidiennes postérieures dans le canal rachidien. ABBE, BENNET, HORSLEY, CHIPAULT et DEMOULIN<sup>1</sup>, MONOD et CHIPAULT<sup>2</sup> ont eu recours à cette intervention. Les observations sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse à l'heure actuelle se faire une opinion décisive sur son efficacité. En tout cas il s'agit d'une opération grave qu'on n'entreprendra qu'en dernière analyse.

Les douleurs disparues, la névrite enrayée, la thérapeutique ne devra pas rester inactive; l'atrophie musculaire le plus souvent considérable, les troubles trophiques qui ont envahi tous les tissus, commandent un long traitement de convalescence. Les courants faradiques et voltaïques, les frictions, le massage, l'hydrothérapie en formeront la base. Le malade et le médecin devront rivaliser de patience, l'amélioration n'étant obtenue qu'au prix d'efforts continus et prolongés. Au besoin, on aura recours aux myotomies et aux ténotomies pour combattre les ankyloses vicieuses.

Enfin, on n'oubliera pas que la névrite exerce une influence des plus fâcheuses sur l'équilibre cérébral. Tous les sujets qui en sont atteints sont voués à la neurasthénie, à l'hystérie ou à l'épilepsie. Par un traitement général tonique, le médecin s'efforcera de dissiper les idées de suicide qui hantent si fréquemment le cerveau des névritiques.

<sup>1</sup> CHIPAULT et DEMOULIN. Tray. de neurologie chirurgicale, 1895, p. 235.

<sup>2</sup> MONOD et CHIPAULT. Bull. de la société de chirurgie, 1898, p. 288.

## CHAPITRE IV

### TUMEURS DES NERFS

Il existe encore à l'heure actuelle une grande confusion dans la classification des tumeurs des nerfs.

Les unes sont constituées par du tissu nerveux et seules méritent de porter le nom de *névromes*. Les autres sont des *pseudonévromes* formés de tissus variables, conjonctif ou épithélial.

Les névromes doivent être étudiés avec les néoplasmes en général, nous ne nous y arrêterons pas.

Les tumeurs si spéciales, décrites par VERNEUIL pour la première fois, et qu'on appelle *névromes plexiformes*, ne sont peut-être pas des névromes à proprement parler. Il n'est pas certain en effet qu'elles renferment du tissu nerveux néoformé, ce qui, par définition, caractérise le névrome. Je pense néanmoins que jusqu'à nouvel ordre les névromes plexiformes méritent d'être rangés dans le chapitre des névromes.

Il n'en est pas de même par contre des tumeurs inflammatoires, improprement appelées névromes, et qui se produisent à l'extrémité d'un tronc nerveux coupé ou arraché, ou sur le trajet d'un nerf distendu ou contusionné. Tels sont les névromes dits d'amputation qu'on observe à l'extrémité du moignon et qui atteignaient jadis un volume considérable. De même, nous avons vu qu'au niveau d'un nerf sectionné, les deux bouts, et surtout le bout central, se renflent en olive. Nous nous sommes déjà expliqué sur la nature de ces tuméfactions et nous n'y reviendrons pas. Qu'il nous suffise de répéter qu'il ne s'agit pas en ce cas de tumeur, mais de renflement inflammatoire.

Restent les tumeurs formées de tissu conjonctif ou épithélial et développées sur le trajet d'un nerf. Ce sont celles que nous devons envisager. Et encore éliminerons-nous d'emblée le tuber-