

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-

*cule sous-cutané douloureux* qui n'est pas une tumeur nerveuse, mais une tumeur de nature variable, développée au voisinage d'un filet nerveux.

Les tumeurs des nerfs sont de deux ordres, les unes sont *primitives*. Nées sur place, aux dépens de la charpente conjonctive du nerf, elles sont formées de tissu conjonctif fibreux, muqueux ou embryonnaire, ce sont des *fibromes*, des *myxomes* ou des *sarcomes*. Et souvent il y a association de deux tissus, constituant le fibro-sarcome ou le myxo-sarcome.

Les autres sont *secondaires*, tels sont les épithéliomes des nerfs consécutifs aux épithéliomes mammaires ou utérins pour citer les deux exemples les plus communs. Les observations de sarcomes secondaires des nerfs sont exceptionnelles, ce qui tient sans doute au mode différent de propagation des épithéliomes et des sarcomes, les premiers utilisant surtout la voie lymphatique, et les seconds la voie sanguine. Néanmoins on conçoit qu'un sarcome osseux et surtout un sarcome des parties molles puissent se propager à la gaine d'un nerf situé au voisinage.

#### § 1. — TUMEURS PRIMITIVES

Elles se rencontrent surtout au niveau des membres : les nerfs les plus fréquemment atteints sont : le médian, le sciatique, le cubital et le radial.

**Fibromes.** — Les *fibromes* sont des tumeurs dures, arrondies, à surface lisse, d'un volume variable, ne dépassant guère la dimension d'un œuf de pigeon. A la périphérie se trouve une capsule plus ou moins épaisse qui isole le néoplasme du nerf, fait important au point de vue de l'intervention.

**Myxomes.** — Les *myxomes* ont une consistance rénitente, ou molle, parfois fluctuante. Leur surface est bosselée, moins régulière que celle du fibrome. Certains d'entre eux, dont la capsule est mince et le contenu très clair, sont transparents ou au moins translucides. A la coupe, la surface de section a un aspect gélatineux.

**Sarcomes.** — Les *sarcomes* sont les tumeurs les plus volu-

mineuses ; ils atteignent les dimensions du poing et même davantage. D'aspect fusiforme ou arrondi, ils sont lobulés et de consistance inégale, molle, fluctuante par endroits, et dure en d'autres. Histologiquement, on note, suivant les cas, la variété fuso-cellulaire ou la globocellulaire.

D'une façon générale, l'évolution des sarcomes est rapide, tandis que les fibromes se développent lentement ; les myxomes occupent à ce point de vue une position intermédiaire.

Il est très fréquent de rencontrer une tumeur mixte, constituée par l'association du fibrome avec le sarcome ou le myxome. CLAVEL<sup>1</sup> a présenté à la Société anatomique un fibro-myxome du nerf médian qui pesait 200 grammes.

Certaines de ces tumeurs sont particulièrement vasculaires. PILLIET<sup>2</sup> a publié un cas de sarcome hémorragique du nerf cubital. D'autres subissent la

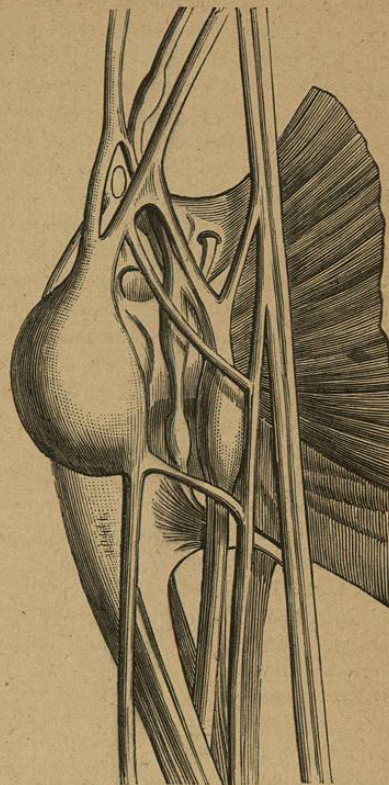


Fig. 94.

Névromes du plexus brachial  
(RICARD et BOUSQUET).

<sup>1</sup> CLAVEL. Société anatomique, 21 décembre 1894.

<sup>2</sup> PILLIET. Société anatomique, avril 1898.

dégénérescence graisseuse partielle, ou la transformation kystique. Ces néoplasmes kystiques ont été pris quelquefois pour des kystes simples, tandis qu'il s'agit toujours de cavités creusées secondairement dans une tumeur primitivement solide. SCHWARTZ<sup>1</sup> rapporte un cas personnel de kyste du nerf radial qui était sans doute un myxome kystique. De même le professeur LE DENTU<sup>2</sup> a observé un fait de fibrome kystique du sciatique poplitée externe examiné histologiquement par QUÉNU. Il contenait un liquide épais, visqueux ressemblant à de la gelée de groseille délayée.

Ces tumeurs sont habituellement uniques, parfois cependant, il en existe plusieurs échelonnées sur le même tronc nerveux ; cela s'observe surtout dans le sarcome.

RECKLINGHAUSEN a décrit en 1882 une affection caractérisée par la présence d'un grand nombre de petits fibromes développés sur le trajet de filets nerveux ; cette *neuro-fibromatose* encore appelée *maladie de RECKLINGHAUSEN* a été l'objet dans ces dernières années de nombreux travaux tant en France qu'à l'étranger. Les lésions ne sont plus localisées à un seul tronc nerveux, mais étendues à un grand nombre et souvent même généralisées à tout le corps. Il s'agit en définitive d'une affection spéciale, tout à fait différente de ce que nous étudions ici.

Il est un point important de l'étude des néoplasmes primitifs des nerfs, ce sont les connexions de la tumeur avec les faisceaux nerveux. Elles dépendent du point de départ du néoplasme. Suivant qu'il naît dans le tissu conjonctif péri-nerveux ou dans la zone intra-fasciculaire, il est périphérique ou central. La tumeur péri-nerveuse (fig. 95) peut elle-même entourer le tronc nerveux à la façon d'un manchon, ou se développer latéralement, refoulant le nerf du côté opposé. La tumeur centrale écarte les faisceaux nerveux en augmentant de volume. Dans le cas de myxome kystique signalé par SCHWARTZ et rapporté plus haut, les filets dissociés du nerf radial apparaissaient comme

<sup>1</sup> SCHWARTZ. Traité de Chirurgie clinique et opératoire, t. IV, p. 127.

<sup>2</sup> LE DENTU. Cité par Schwartz. Traité de Chirurgie clinique et opératoire, t. IV, p. 128.

autant de petites trainées blanches, de petits fils enveloppant la poche kystique.

Les nerfs restent longtemps indemnes au contact de ces tumeurs conjonctives, et c'est là un fait remarquable si on le

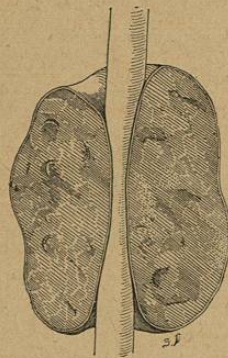


Fig. 95.  
Tumeur péri-nerveuse  
(schématique).

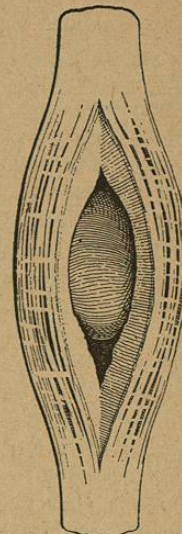


Fig. 96.  
Tumeur intra-nerveuse  
(très schématique).

compare aux lésions des nerfs envahis par les néoplasmes secondaires. Si le fibrome ou le sarcome se développe à la périphérie il comprime le tronc nerveux qui apparaît aminci lorsqu'on dissèque la tumeur, mais la continuité des tubes nerveux est conservée. En cas d'accroissement latéral, ou de point de départ central, les fibres nerveuses sont dissociées, le nerf est aplati, rubané, étalé, mais non entamé. La capsule d'enveloppe du néoplasme forme une barrière à l'envahissement. S'il s'agit d'un sarcome ou d'un myxome, à un moment de

l'évolution de la tumeur, la capsule peut être détruite et les fibres nerveuses sont envahies. Mais c'est là une complication relativement tardive, et pendant longtemps le nerf a été épargné.

## § 2. — TUMEURS SECONDAIRES

Dès 1864, le professeur CORNIL<sup>1</sup> a bien montré le mode de propagation des cancers aux troncs nerveux. COLOMIATTI en 1876 a fait paraître une monographie sur cette question. Plus récemment je signalerai les publications de PILLIET<sup>2</sup>, la thèse d'OIRY<sup>3</sup>, le travail de REBOUL<sup>4</sup>.

Le cancer du sein se propage aux nerfs intercostaux et aux nerfs de l'aisselle. Les branches supérieures du plexus lombaire peuvent être envahies dans le cancer du rein, et de même, les malades atteints de cancer utérin souffrent de névralgie sciatique ou crurale par propagation du cancer à ces deux nerfs. L'envahissement se fait de proche en proche, et plus souvent à distance par la voie lymphatique. L'étroite connexion qui existe entre le système lymphatique et les gaines péri-nerveuses explique cette extension.

On ne trouve pas sur le tronc nerveux de tumeur circonscrite comme dans le cas de fibrome ou de sarcome, mais, sur une certaine étendue de son trajet, on constate un épaississement, le nerf est renflé et prend un aspect fusiforme. A l'œil nu, les lésions rappellent celles de la névrite. Au microscope, on voit sur une coupe transversale du nerf, des boyaux de cellules épithéliales qui infiltrent le tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire. Les faisceaux nerveux sont dissociés et comprimés. Les cellules épithéliales se présentent avec les mêmes caractères qu'au niveau de la tumeur primitive; suivant les cas il s'agit d'épithéliome pavimenteux lobulé avec globes épidermiques, ou d'épithéliome cylindrique. Le contact entre le

<sup>1</sup> CORNIL. Journal de l'anatomie, 1864, p. 483.

<sup>2</sup> PILLIET. Soc. anat., mai 1888, p. 585 et Soc. anat., fév. 1892.

<sup>3</sup> OIRY. Thèse de doctorat, Paris, 1890, n° 116.

<sup>4</sup> REBOUL. Archives provinciales de chirurgie, 1893, p. 413.

néoplasme et le tissu nerveux est plus intime que dans les tumeurs conjonctives, aussi les fibres nerveuses sont-elles beaucoup plus altérées; un grand nombre d'entre elles sont détruites et subissent la dégénérescence wallérienne.

La diffusion du néoplasme est également beaucoup plus grande; outre la masse épithéliale principale dont l'ensemble produit le gonflement apparent du nerf, on retrouve à distance, sur des coupes pratiquées loin du foyer principal, des îlots de cellules épithéliales qui se sont ainsi propagées en suivant les espaces lymphatiques. La répartition du néoplasme explique l'inefficacité du traitement et la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de faire une exérèse complète.

## SYMPTÔMES

**Troubles fonctionnels.** — Certaines tumeurs sont absolument latentes ne se révélant cliniquement par aucun trouble fonctionnel; ce n'est que lorsque le néoplasme a acquis un volume assez notable que le malade s'en aperçoit par hasard.

Plus souvent le début est signalé par des douleurs qui surviennent même avant l'apparition nette d'une tuméfaction. Les malades éprouvent des fourmillements, de l'engourdissement sur le trajet du nerf, et sur ses ramifications terminales. La douleur spontanée est intermittente, revenant, sous forme de crises, à la façon d'une névralgie; souvent les souffrances sont plus fortes la nuit que le jour. Une pression exercée sur la tumeur augmente la douleur et provoque parfois des irradiations dans les deux sens, vers la périphérie et vers la moelle.

Dans certains cas, et bien plus souvent dans les infiltrations cancéreuses secondaires, les douleurs sont extrêmement vives, au point de ne permettre aucun repos aux malades. Ce sont des piqûres, des brûlures, des élancements atroces, des sensations de broiement, de dilacération qui arrachent des gémissements aux plus énergiques. Le moindre ébranlement, la plus légère variation thermique, exagèrent encore les douleurs. Au moment des fortes crises, on constate des contractions fibrillaires des

muscles et parfois des contractures ; on a signalé des faits de convulsions généralisées simulant des crises épileptiques.

L'anesthésie et la paralysie ne sont pas des symptômes habituels des tumeurs primitives des nerfs et l'anatomie pathologique nous en donne la raison. Les faisceaux nerveux sont dissociés, comprimés, mais non détruits d'emblée comme dans une section, et si à la longue quelques fibres nerveuses dégèrent la suppléance a eule temps de s'établir. Cependant, dans les infiltrations cancéreuses, nous avons vu que l'altération des faisceaux nerveux est plus prononcée et plus rapide, c'est sans doute pour cette raison qu'on observe dans ce cas quelques troubles trophiques. On note un peu d'atrophie musculaire, de la sécheresse et de la desquamation de la peau et de l'œdème. Il existe en outre quelques troubles fonctionnels d'origine vasomotrice, notamment une sensation de chaleur ou de froid dans le membre correspondant.

**Signes physiques.** — Les renseignements fournis par l'exploration de la tumeur sont importants pour le diagnostic, ils diffèrent suivant qu'il s'agit d'une tumeur primitive ou d'une dégénérescence secondaire. Dans ce dernier cas, on ne sent rien ou seulement un certain degré d'épaississement du nerf, qui donne la sensation d'un cordon dur. Dans l'aisselle, par exemple, en cas d'envahissement des branches du plexus brachial, consécutivement à un cancer du sein, il est difficile d'obtenir des sensations précises, l'engorgement des ganglions et l'infiltration du tissu cellulaire forment une masse dure, compacte, qui enserre les troncs nerveux et masque leurs contours.

La tumeur primitive se présente sous l'aspect d'une masse arrondie, d'un volume variable, à contours nets, et de consistance ferme, rénitente ou molle suivant les cas. Sa situation répond exactement au trajet d'un tronc nerveux. Si on cherche à la mobiliser, on constate qu'on peut lui imprimer des mouvements de latéralité, mais dans le sens longitudinal, parallèlement à l'axe du membre, elle est à peu près immobile. D'ailleurs son degré de mobilité varie avec l'état de relâchement ou de tension du nerf ; c'est ainsi que dans la flexion du membre, la

tumeur est plus mobile que dans l'extension forcée. La douleur locale et irradiée produite par la pression est un symptôme de grande valeur. Mais il faut savoir qu'elle est inconstante et nullement pathognomonique.

Lorsque la tumeur est petite, très mobile et située dans une région facile à explorer, comme par exemple au pli du coude, on peut arriver à apprécier exactement ses connexions avec le tronc nerveux, et savoir si elle est implantée latéralement sur la gaine nerveuse ou si elle entoure complètement le nerf. Dans le premier cas, on pourra la saisir et la comprimer sans provoquer de douleur, tandis que dans le second la moindre pression retentit immédiatement sur les faisceaux nerveux. On peut même déterminer par cette exploration quelques contractions fibrillaires ou quelques secousses au niveau des muscles correspondants.

#### PRONOSTIC

Les néoplasmes primitifs des nerfs sont infiniment moins graves que les dégénérescences secondaires. Outre les douleurs atroces qu'elles provoquent, celles-ci sont la preuve de l'extension du cancer, et sont par suite du plus fâcheux augure, d'autant plus que toute tentative d'extirpation est irréalisable.

Parmi les tumeurs primitives, les fibromes constitués par du tissu conjonctif adulte sont particulièrement bénins à cause de leur lente évolution et de leur facile énucléation. Il faut reconnaître d'ailleurs que les fibromes purs sont rares et que le plus souvent il s'agit de fibro-myxome ou de fibro-sarcome. Mais ces tumeurs mixtes elles-mêmes ont souvent une marche lente et restent longtemps encapsulées. Le professeur DUPLAY<sup>1</sup> a opéré un sarcome du nerf cubital qui remontait à trois ans. A un moment de leur évolution, les sarcomes peuvent prendre une rapide extension en rompant la barrière formée par leur capsule, se propager aux régions voisines, contracter des adhérences et s'infiltrer dans les interstices musculaires et le long des

<sup>1</sup> DUPLAY. Progrès médical, 1877, p. 883.

gaines vasculaires. A cette période, l'extirpation devient beaucoup plus malaisée et la récurrence est fréquente après l'opération, d'autant plus que l'exérèse a pu être incomplète par suite de cette diffusion que je viens de signaler. Il y a donc grand intérêt à enlever ces tumeurs conjonctives sitôt qu'elles sont appréciables.

#### DIAGNOSTIC

Ce qui rend le diagnostic de ces tumeurs difficile, c'est qu'il n'existe pas de symptômes caractéristiques. A moins d'avoir affaire à une tumeur bien circonscrite, pédiculée sur la gaine d'un nerf superficiellement situé et dont l'exploration est aisée à travers les téguments, le diagnostic reste souvent hésitant par la raison que certaines tumeurs implantées sur la paroi conjonctive d'un nerf n'entraînent aucune douleur locale ou irradiée, ni aucune sensation de fourmillement, et que, d'autre part, des tumeurs para-nerveuses telles que des *kystes*, des *tumeurs ganglionnaires* et surtout des *poches anévrismales* à parois épaisses et dépourvues de battements, peuvent irriter le tronc nerveux voisin et provoquer des douleurs tout à fait comparables à celles qui caractérisent les néoplasmes des nerfs.

Les *tubercules sous-cutanés douloureux* sont des petites tumeurs situées sur le trajet de filets nerveux sensitifs; ils occupent suivant leur dénomination le tissu cellulaire sous-dermique, et ne prennent une telle importance que parce que, suivant la juste remarque de P. BROCA, ils se développent chez des sujets, des femmes le plus souvent, prédisposés de par leur état névropathique.

La *neurofibromatose*, et ses tumeurs multiples répandues en différents points de l'organisme, ne peut pas être confondue avec les néoplasmes que nous étudions dans ce chapitre.

Quant aux *névromes plexiformes*, ce sont des masses irrégulières, formées de cordons durs et entrelacés, et habituellement indolentes. Elles sont d'origine congénitale et par suite se rencontrent presque toujours chez des enfants et en certaines régions, notamment à la tempe, au cou, ou encore au niveau du prépuce.

Les douleurs vives, irradiées le long des troncs nerveux, au voisinage d'un cancer, doivent faire admettre l'envahissement nerveux secondaire sans qu'on puisse le plus souvent en reconnaître les limites.

#### TRAITEMENT

**A. Curatif.** — Toute tumeur nerveuse circonscrite, fibrome, myxome ou sarcome doit être enlevée. Il y a à cela deux raisons : 1° quelle que soit la nature du néoplasme, le nerf subit à son contact une irritation ou une compression qui peut à la longue entraîner une dégénérescence de ses fibres, et, par suite, la perte des fonctions sensitive et motrice; 2° si le fibrome pur ne présente pas de gravité par lui-même, on n'en saurait dire autant du sarcome qui peut, à un moment donné, prendre les allures d'une tumeur maligne. Or le fibrome pur est rare, le plus souvent il s'agit du fibro-sarcome, et en tout cas la transformation du fibrome en sarcome est toujours possible.

**ÉNUCLÉATION.** — L'opération idéale consiste à extirper complètement la tumeur, tout en conservant le tronc nerveux intact. Suivant les cas, on se trouvera en présence d'une tumeur périphérique, ou d'un néoplasme occupant le centre du nerf. La tumeur périphérique entoure complètement le nerf ou bien elle est latérale, appendue à une des parois de la gaine. Ces connexions entre le néoplasme et le tronc nerveux doivent être nettement précisées avant d'entreprendre l'extirpation, car c'est d'elles que découle la technique opératoire. La tumeur latérale est la plus facile à enlever, une dissection fine de la gaine nerveuse permettra de faire une ablation complète sans entamer les tubes nerveux. Quand le nerf est aplati et étalé à la surface du néoplasme, il peut contracter de larges adhérences et son isolement nécessite une attention soutenue. Si le nerf est environné de toutes parts par la tumeur, celle-ci devra être incisée dans toute sa longueur parallèlement à l'axe nerveux et, procédant prudemment couche par couche, on atteindra le centre de la tumeur. Redoublant alors de prudence, on parviendra à

séparer la gaine du nerf de la capsule d'enveloppe de la tumeur.

La variété la plus complexe au point de vue opératoire est la tumeur centrale intra-nerveuse. Il faut de toute nécessité, pour l'aborder, traverser le nerf aminci et étalé à sa surface. Une incision longitudinale menée parallèlement à la direction des fibres nerveuses permettra de pénétrer entre les faisceaux nerveux, de les écarter et d'énucléer le néoplasme sans avoir détruit un grand nombre de tubes nerveux. Cette lésion nerveuse partielle n'entraîne ultérieurement aucune conséquence fâcheuse, les fibres demeurées intactes étant en nombre suffisant pour assurer la fonction.

La conduite à tenir est la même en cas de *kyste intra-nerveux*. Cependant il ne sera pas toujours facile d'en faire l'extirpation complète, à cause de la minceur de ses parois; on pourrait alors se contenter, à l'exemple de SCHWARTZ, d'en faire l'ouverture et l'évacuation. Le résultat fonctionnel fut bon; localement il restait une petite nodosité sur le trajet du nerf. Dans un cas analogue, le professeur LE DENTU fit l'excision incomplète du kyste et détruisit le reste de la poche au nitrate d'argent. Une telle opération n'est possible que lorsqu'il s'agit de myxome ou de fibrome kystique. Le sarcome kystique nécessite une opération plus large, et bien souvent on sera conduit à pratiquer la résection du nerf.

Toutes ces interventions doivent être faites *aseptiquement* en rejetant absolument les substances antiseptiques irritantes pour les fibres nerveuses. La rapidité d'exécution et la légèreté de main réduiront au minimum le traumatisme; et par suite l'hémorragie et la cicatrice ultérieure seront sans importance.

COURVOISIER, en 1886, a rassemblé 23 extirpations de néoplasmes des nerfs avec 13 guérisons complètes, 1 mort, 4 récidives et 3 guérisons incomplètes, avec troubles fonctionnels persistants.

**RÉSECTION NERVEUSE.** — Les sarcomes exposent à la récidive même lorsqu'ils sont encore encapsulés, ainsi sera-t-on souvent conduit à faire non l'énucléation de la tumeur mais la *résection* large du nerf. A plus forte raison cette conduite s'impose-

t-elle en présence d'une tumeur sarcomateuse récidivée ou même lorsque le sarcome de date déjà ancienne a manifestement franchi les limites de sa capsule. Le tronc nerveux sera coupé au-dessus et au-dessous de la tumeur, à un centimètre de distance au moins, c'est-à-dire en tissu sain. Cette *résection nerveuse* comporte évidemment un pronostic beaucoup plus sérieux puisqu'elle entraîne fatalement la dégénération du nerf. La conséquence est la perte de la sensibilité et du mouvement dans le territoire correspondant. Cependant celle-ci n'est pas fatale; on a cité des cas dans lesquels la résection d'un tronc nerveux important n'a été suivie que de troubles fonctionnels faibles et passagers. Ce fait s'explique par la suppléance nerveuse; le nerf réséqué, comprimé depuis longtemps par la tumeur, avait cessé de fonctionner malgré son apparence intacte, et les nerfs voisins avaient assuré la suppléance, en sorte que la résection nerveuse n'ajoute aucun trouble, parfois même, par une sorte d'action dynamogénique, invoquée par BROWN-SÉQUARD, elle peut provoquer une suppléance jusque-là latente.

Après la résection, il est indiqué de mettre les deux bouts nerveux en contact, de façon à favoriser la régénération. La *suture* n'est possible que si la tumeur est petite et par suite la résection très limitée. On pourra, pour faciliter la suture, exercer une certaine traction sur les deux bouts et surtout sur le bout central produisant ainsi une véritable elongation. C'est à NÉLATON que revient l'honneur d'avoir fait la première résection nerveuse suivie de suture. Lorsque la résection nerveuse a été largement faite, on sera réduit à recourir à des procédés dont nous avons déjà parlé à propos des plaies des nerfs et qui sont: la greffe nerveuse, la suture par anastomose (LETUÉVANT), la suture à distance avec des fils de catgut (ASSAKY), la suture tubulaire (VAN LAIR).

On a vu la fonction se rétablir presque complètement à la suite de résections nerveuses étendues, alors même qu'on n'avait employé aucun des procédés sus-énoncés. TRÉLAT<sup>1</sup> réséquant le scia-

<sup>1</sup> TRÉLAT. Bulletins de la Société de chirurgie, 17 novembre 1875 et 29 mars 1876.

tique au creux poplité, a obtenu au bout de sept mois un retour suffisant des fonctions pour permettre au malade de marcher facilement. De même, BOBROFF<sup>1</sup> rapporte une observation dans laquelle un malade marchait avec aisance deux ans après la résection de 12 centimètres du nerf sciatique.

**B. Palliatif.** — Il n'est pas toujours possible d'extirper le néoplasme même au prix d'une résection étendue. Les sarcomes récidivés présentent souvent une disposition telle qu'il est impossible de songer à l'exérèse; les adhérences, l'envahissement des tissus voisins, et surtout la présence de noyaux secondaires à distance dans les ganglions, les os ou les poumons sont autant de contre-indications au traitement curatif.

La chirurgie est réduite à la même impuissance en face des néoplasmes secondaires. Nous en avons déjà donné les raisons anatomiques. En admettant même, ce qui est exceptionnel, qu'il n'y ait pas de récidive du néoplasme soit à l'endroit où siégeait la tumeur primitive, soit au niveau des ganglions tributaires, l'extirpation du nerf infiltré ne donnerait aucune sécurité pour l'avenir, la localisation exacte de l'envahissement cancéreux étant impossible.

L'abstention est de rigueur dans ces cas, à moins qu'on ne songe à combattre un symptôme tel que la douleur. On sait à quelles souffrances ces malades sont fréquemment condamnés. Aussi est-on autorisé à pratiquer une opération palliative destinée à leur procurer quelque soulagement.

ARONSSOHN<sup>2</sup> avait déjà remarqué que la *compression* exercée sur le tronc nerveux au-dessus de la tumeur diminue les douleurs; l'effet physiologique de la compression nerveuse sur l'insensibilité est aujourd'hui bien connue, et je rappellerai que c'est en s'appuyant sur ces faits que DELORME a proposé de combattre, et a combattu lui-même avec succès, les douleurs de la névrite par la compression nerveuse.

L'opération la plus simple est l'*élongation* qui abolit la fonc-

<sup>1</sup> BOBROFF. Centr. f. Chir., 1895, n° 485.

<sup>2</sup> ARONSSOHN. Thèse de Strasbourg, 1822.

tion sensitive tout en conservant la fonction motrice. C'est elle qu'on devra donc tenter en premier lieu, à moins qu'il ne s'agisse de filets purement sensitifs. Dans ce dernier cas, on fera d'emblée la *section* et même la *résection* du nerf au-dessus de la zone douloureuse. On a été conduit à la pratiquer même sur des nerfs mixtes, l'élongation simple ayant échoué; une telle opération entraîne naturellement la paralysie en même temps que l'analgésie, et le malade devra être prévenu du sacrifice qui lui est imposé.

Et malgré tout, après un temps variable, les douleurs peuvent reparaitre, aussi dans ces dernières années a-t-on songé à appliquer au traitement des névrites cancéreuses l'opération déjà tentée contre les névrites rebelles: la section intra-rachidienne des racines postérieures. J.-L. FAURE<sup>1</sup>, dans un cas de névralgie rebelle consécutive à un cancer utérin, a fait la section des racines postérieures lombaires. Le malade n'en a obtenu qu'une très légère et passagère amélioration.

<sup>1</sup> J.-L. FAURE. Gazette hebdomadaire, 1897.