

forte, et par la forme de sa surface, qui est généralement moins égale; d'une tumeur *fibreuse* par sa mobilité qui est plus grande, par sa consistance qui est beaucoup moins dure; l'*abcès froid* diffère de l'adénite chronique par sa mollesse, sa marche plus rapide; le *cancer* ganglionnaire forme une tumeur très-dure et coïncide généralement avec le cancer d'un organe voisin. Lorsque des ganglions engorgés se développent sur le trajet d'une artère, la tumeur offre des battements qui pourraient en imposer pour un anévrysme; on évitera toute erreur en remarquant que, dans ce cas, les battements consistent en un mouvement de soulèvement de la tumeur, et nullement en un mouvement d'expansion.

**Pronostic. Traitement.** L'adénite chronique est une affection fâcheuse, parce qu'il est souvent difficile d'en obtenir la guérison; que lorsque la tumeur se termine par suppuration, elle donne lieu à des cicatrices indélébiles, et qu'elle est souvent le prélude d'affections graves qui se rattachent aux scrofules. D'après cette dernière considération, on comprend qu'il y a deux indications à remplir dans le traitement: modifier l'état général du sujet et combattre l'affection locale.

Les moyens généraux à employer sont des moyens hygiéniques et des préparations médicamenteuses. Aux premiers se rattachent l'exercice gymnastique, l'insolation, l'usage des vêtements de laine, une alimentation substantielle, des boissons amères, etc. Parmi les médicaments, on donne la préférence au vin antiscorbutique, aux préparations diverses de feuilles de noyer, à l'huile de foie de morue, aux préparations iodurées, aux ferrugineux, etc.

Les moyens locaux varient aux diverses périodes de l'adénite; au début, on essayera d'obtenir la résolution de la tumeur, en faisant pratiquer des onctions avec la pommade à l'iodure de potassium ou à l'iodure de plomb (2 à 4 grammes pour 30 grammes d'axonge); on a préconisé dans ces derniers temps l'*électricité*, dont Boulu a retiré quelques bons résultats; on peut aussi employer le *massage* de la tumeur ou son *écrasement*. Lorsque ces moyens échouent et que la masse morbide a atteint un volume assez considérable pour gêner les fonctions des organes voisins ou pour constituer une difformité, on peut en faire l'*extirpation*. Cette opération s'exécute de la manière suivante: une incision cruciale est pratiquée sur la peau qui recouvre la tumeur, et les quatre lambeaux sont disséqués dans une assez grande étendue pour mettre la tumeur à découvert. On accroche alors la production morbide au moyen d'ériges, et l'on exerce sur elle des tractions qui en favorisent l'*énucléation*. Très-souvent la masse ganglionnaire peut être détachée des parties voisines, en rompant les adhérences avec le doigt ou avec le manche du bistouri. Lorsqu'on est forcé de se servir de la lame de l'instrument, il faut redoubler de précaution quand on approche des gros vaisseaux de la région. Dans les cas où les adhérences entre la tumeur et ces vaisseaux sont très-prononcées, on en abandonne une portion au fond de la plaie plutôt que de s'exposer, par une dissection trop minutieuse, à entamer des organes importants. Les artères doivent être liées au fur et à mesure qu'elles sont ouvertes par l'instrument tranchant. La plaie

ne sera pas réunie par première intention; on se contente d'en rapprocher les bords.

Lorsque l'adénite est déjà parvenue à la période de suppuration, on favorise ce mode de terminaison, en appliquant sur la tumeur une trainée de potasse caustique ou de pâte de Vienne. On détermine ainsi dans la masse morbide un travail inflammatoire qui hâte la formation du pus dans les points déjà ramollis, et qui permet d'obtenir la résolution des parties plus consistantes.

## ARTICLE IV.

## Dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Cette dilatation est appelée *VARICE* des vaisseaux lymphatiques. Il en existe un certain nombre d'exemples rapportés par Sœmmering, J.-Z. Amussat, J. Cruveilhier, Fitzer, Demarquay, etc. Dans le cas signalé par Amussat, la dilatation comprenait le canal thoracique, tous les lymphatiques lombaires, iliaques et ceux qui accompagnent les vaisseaux profonds de la cuisse. Les autres observateurs ont noté la dilatation des lymphatiques superficiels de la cuisse, de l'aîne, de l'utérus, de la paroi abdominale antérieure, du cordon spermatique. Lorsque les varices lymphatiques occupent le tissu cellulaire sous-cutané, elles forment des tumeurs analogues à celles des varices des veines (p. 296), à part la coloration, qui diffère dans les deux cas. En piquant les parties dilatées du système lymphatique, il s'en échappe un jet de lymph.

On a signalé, dans quelques cas, la rupture des varices des vaisseaux lymphatiques, et, à la suite de cet accident, une *LYMPHORRAGIE* qui a duré plusieurs jours.

Le traitement est palliatif et curatif. Dans le premier cas, on conseille un bandage compressif; dans le second, on cherche à obtenir l'oblitération de la portion dilatée du vaisseau par l'application d'une couche de caustique de Vienne.

## CHAPITRE VIII.

## MALADIES DES NERFS.

## ARTICLE I.

## Blessures des nerfs.

Pour l'intelligence du sujet, il est bon de rappeler que les nerfs se divisent en trois groupes, d'après les fonctions qui leur sont départies: les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs et les nerfs mixtes ou sensitivo-moteurs. On prévoit que les effets des diverses blessures sont subordonnés à l'espèce

de cordon nerveux lésé. Si la lésion porte sur un nerf de sentiment, tel que le sus-orbitaire, le sous-orbitaire, le dentaire inférieur, etc., il en résulte une paralysie des téguments dans lesquels les ramifications se distribuent; si la blessure atteint un nerf moteur, tel que le facial, l'hypoglosse, il y a abolition des mouvements des muscles auxquels les branches terminales se rendent; si la lésion porte sur un nerf mixte ou sensitivo-moteur, comme le médian, le cubital, le sciatique poplitée externe, etc., les effets sont complexes; il y a à la fois abolition de sentiment dans une certaine étendue du tégument, et des mouvements volontaires dans un nombre plus ou moins grand de muscles. Les blessures des nerfs présentent d'ailleurs d'autres variétés suivant le genre d'instrument vulnérant.

1° Les simples *piqûres* occasionnent des douleurs vives et continues, persistant longtemps, sur le trajet du nerf lésé; elles peuvent aussi donner lieu à des spasmes, des tremblements, des mouvements convulsifs et même au tétanos (p. 34). Ces accidents ont été observés à la suite de l'opération de la saignée, lorsque la lancette a rencontré sur son passage un filet du nerf musculo-cutané. On a noté parfois l'apparition de phénomènes consécutifs consistant en troubles variés de la sensibilité et de la motilité: des douleurs développées spontanément ou réveillées par le moindre choc; dans d'autres cas, intermittentes; ou bien encore des picotements et des fourmillements dans le membre; une hyperesthésie cutanée; de légers tressaillements musculaires, des spasmes, des contractures; enfin la paralysie musculaire. La piqure produit une effusion de sang dans le tissu cellulaire péri-nerveux; plus tard, une inflammation circonscrite suivie d'une sécrétion de lymphé plastique qui, en se solidifiant, donne lieu à un renflement dur, opaque, de consistance fibreuse, occupant la totalité ou un point seulement de la circonférence du cordon nerveux. Cette cicatrice n'apporte aucun obstacle à l'innervation.

2° Les *sections incomplètes* produisent des phénomènes analogues à ceux des piqures.

3° Les *sections complètes* sont suivies d'une vive douleur qui disparaît promptement et d'une paralysie dont l'étendue est subordonnée au mode de distribution des filets nerveux naissant au-dessous de la blessure. Toutefois, il y a quelques exceptions apparentes à cette règle générale. Ainsi, on a rapporté quelques faits de section complète d'un gros tronc nerveux avec persistance de la sensibilité et de la contractilité dans les parties où les filets du nerf se distribuent. C'est ainsi que, dans un cas de division *complète* du nerf médian à la partie inférieure de l'avant-bras, observé récemment (octobre 1867) à l'Hôtel-Dieu de Paris, la sensibilité de la face palmaire de tous les doigts persistait. On a cru expliquer cette anomalie, en admettant des anastomoses aux extrémités des branches du nerf divisé avec d'autres rameaux provenant des nerfs voisins, du cubital et du radial, qui substitueraient ainsi leur action nerveuse à celle du tronc divisé. Ce phénomène est désigné sous le nom de *sensibilité récurrente*. Il est possible que, dans les cas de ce genre, un filet nerveux du tronc intéressé, se détachant de ce dernier, au-dessus de la blessure, s'anastomose de nouveau avec le

tronc au delà de la plaie, et qu'ainsi la division complète du nerf lésé n'est qu'apparente. — Bientôt se développe une inflammation qui a pour conséquence de produire une tuméfaction et une vascularisation des deux bouts du nerf coupé et un épanchement de lymphé plastique intermédiaire. Plus tard, la rougeur et le gonflement se montrent à un plus haut degré dans le bout supérieur que dans l'inférieur; la lymphé plastique s'organise et forme une cicatrice nerveuse déprimée réunissant deux renflements correspondant aux extrémités du nerf coupé, le renflement supérieur étant en général plus volumineux que l'inférieur.

4° Les *sections complètes avec perte de substance* sont suivies d'un écartement des deux bouts du nerf. Les phénomènes consécutifs sont variables suivant l'étendue de la perte de substance; lorsque celle-ci est peu considérable, les bouts se réunissent encore par une cicatrice nerveuse; si elle est très-prononcée, les bouts du nerf se cicatrisent isolément ou sont réunis par une substance *cellulo-fibreuse*.

Quelle que soit d'ailleurs l'espèce de blessure dont un nerf est atteint, il est d'observation que, toutes les fois que les deux bouts ne sont pas trop éloignés l'un de l'autre, l'influx nerveux se transmet à travers le tissu de nouvelle formation, et la sensibilité ainsi que les mouvements reviennent dans les parties qui étaient d'abord paralysées. Ce n'est que lorsque les bouts du nerf restent écartés l'un de l'autre, que la paralysie persiste. Le retour des fonctions du nerf s'explique par une véritable régénération de la substance nerveuse dans le tissu de la cicatrice. Les fibres nerveuses de nouvelle formation ont un volume égal à celui des fibres normales; elles présentent une enveloppe, un *cylinder axis* et un contenu granuleux.

5° La *contusion* donne lieu à des effets différents, d'après le degré où elle est portée: légère, elle se borne à une extravasation de sang dans le tissu cellulaire péri-nerveux; très-forte, elle détruit la portion du nerf qu'elle atteint. Dans le premier cas, elle est suivie d'une vive douleur, avec fourmillement très-incommodé dans tout le trajet du nerf, ou d'une paralysie passagère; quelquefois cette paralysie ne se montre qu'au bout de quelques semaines; dans le second, c'est une paralysie persistante, précédée quelquefois d'accidents nerveux graves et suivie d'une atrophie musculaire et d'une diminution de la calorification.

6° La *distension* d'un nerf peut être portée très-loin, sans donner lieu à des accidents, lorsqu'elle s'exerce d'une manière graduelle; si elle est brusque, comme cela se voit dans la réduction de certaines luxations, il peut y avoir *arrachement* du nerf, ce qui produit une paralysie passagère ou durable.

7° La *ligature* des nerfs a été observée quelquefois dans les opérations de ligature d'artères où le cordon nerveux a été pris pour le vaisseau. Elle est suivie de paralysie et parfois d'accidents nerveux graves. La section totale du nerf en est la conséquence éloignée, et dès lors les phénomènes ultérieurs ressemblent à ceux que nous avons précédemment exposés.

8° Quelquefois les blessures des nerfs sont compliquées de la présence d'un *corps étranger*, tel qu'une portion de balle, des grains de plomb, qui séjournent dans le cordon nerveux blessé. Il résulte de cette complication

des douleurs violentes le long du nerf, quelquefois des symptômes semblables à ceux d'une névralgie, ou bien encore le tétanos.

**Traitement.** Les indications à remplir dans les blessures des nerfs sont subordonnées au genre de lésion. On oppose aux piqûres et aux sections incomplètes le repos du membre, des bains prolongés, des fomentations narcotiques; en cas d'accidents consécutifs, quelques chirurgiens ont proposé de détruire le nerf blessé par la cautérisation, d'en compléter la section, ou même d'en faire l'excision. En cas de division complète, on donne au membre une situation aussi favorable que possible pour faciliter l'affrontement des deux bouts; on combat les accidents inflammatoires par les antiphlogistiques et les émoullients. Pour le retour de la sensibilité et de la contractilité dans les parties paralysées, on emploie les frictions stimulantes, l'électrisation localisée. Si un nerf est lié dans le cours d'une opération et qu'on reconnaisse la méprise, s'il s'agit surtout d'un cordon volumineux, on enlève le plus promptement possible la ligature; les corps étrangers sont extraits, si on en reconnaît la présence.

## ARTICLE II.

### Inflammation des nerfs.

L'inflammation des nerfs est désignée sous le nom de NÉVRITE. Elle survient à la suite de lésions traumatiques, de l'action prolongée du froid humide, rarement par le fait de la propagation au cordon nerveux d'une phlegmasie des parties ambiantes.

**Anatomie pathologique.** Au début, le névrilème est injecté; parfois il présente des ecchymoses. Le cordon nerveux est tuméfié au point de doubler ou de tripler de volume dans quelques cas. La pulpe nerveuse est ramollie, ce qui est dû à une infiltration de sérosité. La lymphe plastique sécrétée par le névrilème se solidifie autour de ce dernier, comprime le cordon nerveux et en atrophie les fibres, qui passent à la dégénérescence graisseuse. La suppuration est rare.

**Symptômes.** L'affection est caractérisée par une douleur partant du point enflammé et s'irradiant vers la périphérie du nerf. Cette douleur présente des caractères variables: tantôt elle est très-vive, continue, avec des exacerbations; parfois elle est sourde et offre de temps en temps des élancements. Elle est exaspérée par la pression et par les mouvements. Quelques sujets accusent, sur le trajet du nerf, un sentiment de froid ou bien de la chaleur. Si le nerf enflammé est sensitivo-moteur, il y a parfois des spasmes, de la contracture ou de la paralysie musculaire. On a noté dans l'inflammation des nerfs sous-cutanés la présence d'un cordon dur, très-sensible à la pression, avec rougeur et chaleur du tégument externe. Aux symptômes locaux qui viennent d'être indiqués s'ajoutent parfois des phénomènes généraux: fièvre, inappétence, insomnie.

**Marche. Terminaisons.** La névrite peut se terminer par résolution et par le retour des fonctions des organes auxquels le nerf enflammé se distribue.

Dans d'autres cas, le nerf s'atrophie, d'où résulte la paralysie de certaines parties animées par le nerf. On a aussi observé des névralgies très-douloureuses à la suite de cette affection.

**Diagnostic.** Il est difficile, dans le plus grand nombre des cas, de distinguer la névrite d'une névralgie. La première diffère de la seconde par la continuité des douleurs, la sensibilité à la pression de la région parcourue par le cordon nerveux, l'existence de phénomènes généraux.

**Traitement.** On combat la névrite par la médication antiphlogistique locale. Lorsque l'affection tend à passer à l'état chronique, on promène sur la continuité du nerf des vésicatoires volants; on pratique des onctions avec des pommades résolatives.

## ARTICLE III.

### Des névrômes.

Les névrômes sont des tumeurs de nature fibreuse développées sur le trajet ou dans l'épaisseur des nerfs.

**Anatomie pathologique.** D'après J. Cruveilhier, les névrômes se présentent sous cinq formes: 1° les névrômes *sphéroïdaux*, ayant la forme sphéroïdale, développés sous le névrilème d'enveloppe générale du nerf, soit à la circonférence, soit dans l'épaisseur du cordon nerveux; ils sont entourés d'un kyste d'isolement, interposés aux filets nerveux qu'ils compriment et dont ils sont indépendants, à l'exception d'un seul aux dépens duquel le névrôme est ordinairement développé; 2° les névrômes *cylindroïdes* ou *invaginants*; ce sont ceux qui enveloppent comme dans une gaine, tantôt régulièrement fusiforme, tantôt noueuse et irrégulière, un cordon nerveux plus ou moins considérable; les filets nerveux restent indépendants de la production fibreuse; 3° les névrômes *complexes*, constitués par un nombre plus ou moins considérable de renflements fusiformes, juxtaposés, dont chacun est développé autour d'un filet nerveux; 4° les névrômes *moniformes*, consistant en renflements irréguliers séparés par des rétrécissements; ces renflements sont développés aux dépens des divers filets du cordon nerveux; 5° les névrômes *gangliiformes*, formés par de petits renflements, analogues pour la forme, le volume et la couleur aux ganglions du grand sympathique, mais différant de ceux-ci par l'absence de toute connexion directe des filets nerveux avec les renflements.

Les névrômes se montrent beaucoup plus fréquemment sur les nerfs des membres et notamment sur les nerfs des membres supérieurs qu'ailleurs; plus souvent sur le trajet des nerfs profonds. On cite quelques exemples de névrômes multiples des nerfs intercostaux, de névrôme solitaire du nerf diaphragmatique, du scrotum, de la joue. Dans quelques cas, on a rencontré, chez un seul sujet, un nombre considérable de névrômes; tel était le cas d'un malade mort à l'hôpital des cliniques de la Faculté, en 1831: il existait de nombreux petits névrômes sur le trajet de tous les nerfs crâniens, à l'exception des nerfs olfactifs, optiques et acoustiques; sur le

trajet des nerfs cervicaux et de leurs branches; du plexus brachial et de ses divisions; des nerfs intercostaux; des nerfs lombaires et sacrés; du nerf sciatique, des nerfs cruraux et du cordon du grand sympathique.

Le volume de la tumeur n'est pas en rapport avec celui du nerf affecté; ainsi on voit souvent des névrômes volumineux développés sur le trajet d'un petit nerf. La tumeur acquiert quelquefois les dimensions d'un œuf de dinde et même d'une tête de fœtus à terme; d'autres fois, elle ne dépasse pas la grosseur d'un grain de millet. Elle est enkystée, facilement énucléable, et la membrane d'enveloppe est formée par le névrilème. Tantôt les filets nerveux sont régulièrement disséminés autour du névrôme (névrôme *central*), tantôt ces filets nerveux sont rejetés en masse sur l'un des points de la circonférence de la tumeur (névrôme *latéral*). Les filets nerveux peuvent être intimement unis à la production morbide, lui adhérer lâchement ou être disséminés dans la masse. Dans ce dernier cas, ils sont quelquefois atrophiés, ou même ils disparaissent. Les névrômes ont un aspect blanchâtre, blanc-grisâtre ou brunâtre; une consistance molle élastique; leur structure est essentiellement *fibreuse*. La coupe de la tumeur ne fournit à la pression qu'une faible quantité de suc transparent; quelquefois la production morbide s'infiltré de sérosité et il s'y forme de véritables kystes.

**Symptômes.** Ces tumeurs produisent le plus souvent, dans la région qu'elles occupent, une douleur plus ou moins vive augmentant par la plus légère pression. Il existe, en même temps, des douleurs légères, ou un fourmillement, ou un engourdissement passagers dans les parties où se distribue le nerf affecté. Les douleurs procèdent par accès, tantôt réguliers, tantôt irréguliers, qui ont une durée de quelques minutes à plusieurs heures. La compression exercée sur la tumeur produit l'engourdissement du membre; si cette compression est pratiquée sur le nerf, au-dessus de la tumeur, celle-ci peut être touchée et pressée sans déterminer de douleur. On a vu certains névrômes donner lieu à des accès d'épilepsie; P. Bérard a noté la coïncidence d'une angine de poitrine et d'un névrôme développé sur le nerf diaphragmatique. Certains névrômes occasionnent des douleurs moins vives ou ne sont pas du tout accompagnés de douleurs; ce fait s'explique, d'après J. Cruveilhier, par les rapports du névrôme avec les filets nerveux; ceux-ci étant comprimés ou non par la production morbide.

Le diagnostic est fondé sur les caractères mêmes de la tumeur: son siège, la douleur vive à la pression et disparaissant par la compression du nerf au-dessus de la production morbide.

**Marche. Terminaisons. Causes.** Les névrômes se terminent rarement par la guérison spontanée; on les a vus quelquefois disparaître à la suite d'une inflammation phlegmoneuse; le plus souvent ils persistent à l'état stationnaire. Les femmes en sont plus fréquemment atteintes que les hommes, et les adultes que les enfants. Dans quelques cas, ils paraissent avoir pour point de départ une lésion traumatique du nerf; le plus souvent, ils se développent sans cause appréciable.

**Traitement.** Les topiques sont impuissants pour en opérer la guérison; quand les névrômes occasionnent de vives douleurs, il faut les extirper, en

ayant la précaution de diviser au préalable le tronc nerveux auquel ils adhèrent, pour éviter au patient des souffrances très-vives. Pour ne pas produire une paralysie des parties auxquelles le nerf atteint de névrôme se distribue, on a conseillé, dans les cas où cela est possible, d'*énucléer* la tumeur, c'est-à-dire de la séparer des filets nerveux auxquels elle adhère, et de ne pas pratiquer l'excision de toute la portion du cordon nerveux avec lequel le névrôme est en rapport. — L'art est tout à fait impuissant pour les névrômes multiples.

#### DE LA NÉVROTOMIE.

On désigne sous ce nom la section en travers des cordons nerveux et même l'excision d'une portion plus ou moins considérable de la continuité du nerf.

Cette opération a été appliquée aux nerfs sensitifs et aux nerfs moteurs; dans le premier cas, pour des névralgies rebelles ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques, et produit, par la continuité des douleurs, une altération de la santé générale. Ce sont surtout les branches de la cinquième paire qu'on a coupées, notamment le nerf sous-orbitaire, le frontal, etc.

La même opération a été proposée pour les nerfs moteurs, en cas de contracture très-douloureuse et rebelle. Le manuel opératoire varie: quelques chirurgiens veulent qu'on fasse la section *sous-cutanée* du nerf, pour éviter une cicatrice au tégument externe, lorsqu'il s'agit d'une région habituellement à découvert, comme la face. On a objecté avec raison l'incertitude du résultat obtenu, et l'impossibilité de pratiquer l'*excision* du nerf, en se conformant à ce procédé. Il est préférable d'agir à ciel ouvert, en faisant l'incision des parties qui recouvrent le nerf perpendiculairement à la direction de ce dernier.

La réussite des opérations de névrotomie dans les névralgies dépend d'une circonstance dont on n'a pas toujours suffisamment tenu compte: il faut que le point de départ de l'affection soit dans les branches périphériques du nerf qu'on divise, et non dans le bout central ou dans le cerveau. Dans le dernier cas, la névrotomie ne remédie pas au mal, et celui-ci persiste, bien que la continuité du nerf soit interrompue, parce que toute irritation exercée sur un point quelconque d'un cordon nerveux est reportée par le *sensorium* à l'extrémité terminale du nerf.

### CHAPITRE IX.

#### MALADIES DES OS.

##### ARTICLE I.

##### Plaies des os.

Ces plaies sont produites par des instruments piquants, tranchants, ou par des projectiles que lance la poudre à canon. Nous n'avons pas à revenir