

seraient dus à « un contre-coup sur l'appareil de l'idéation et les centres émotionnels ».

V

LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Nous étudierons, dans ce chapitre, la *congestion* des nerfs et l'inflammation proprement dite qui, suivant l'acuité de sa marche, a été divisée en *névrite aiguë* et *névrite chronique*.

1^o CONGESTION.

Elle est provoquée par une inflammation de voisinage, par un phlegmon, une brûlure. Elle succède encore à l'impression du froid; un courant d'air peut la déterminer; elle est fréquente à la suite des gelures, et c'est par la réfrigération des tissus que Weir Mitchell a étudié expérimentalement la congestion des nerfs chez les animaux. Les traumatismes légers, les compressions sont aussi des causes de cet accident.

Les lésions consistent en un gonflement du nerf; les vaisseaux qui s'anastomosent à la périphérie du cordon, ceux qui pénètrent dans son épaisseur pour cheminer dans les travées conjonctives, sont dilatés, parfois rompus: le tronc, de blanc qu'il était, devient rose, et çà et là, on trouve quelques ecchymoses, de petites hémorragies interstitielles; un œdème, une exsudation séreuse plus ou moins abondante écartent parfois et dissocient les faisceaux. Sous l'influence de cette compression, des tubes peuvent dégénérer et l'on s'explique les troubles nutritifs, les ulcères rebelles, les désordres de la motilité et de la sensibilité observés dans les congestions nerveuses, en particulier dans celles qui succèdent aux froidures.

Il est difficile d'isoler les symptômes de la congestion; ils se confondent avec ceux de l'inflammation de voisinage, de la brûlure, de la gelure, du traumatisme qui l'a provoquée. On lui attribue cependant une sorte de stupeur de la région atteinte, des fourmillements, des picotements, de l'hyperesthésie même et des élancements douloureux. La pression sur le trajet du nerf éveille une vive souffrance.

Les muscles sont affaiblis; ils se paralysent dans quelque congestion *a frigore*, mais cette impotence n'est que passagère; on a noté des spasmes musculaires qui peuvent dégénérer, dit-on, en tétanos véritable. Là n'est pas le seul danger, et la congestion constitue parfois le premier degré de la névrite. Aussi doit-on prendre de grandes précautions, et, dès que la congestion sera constatée, maintenir les parties malades dans la plus grande immobilité; on aura recours aux révulsifs et aux antiphlogistiques.

2^o NÉVRITE AIGÜE.

Étiologie. — L'inflammation des nerfs est souvent d'origine *traumatique*, et déjà nous avons montré que plusieurs des symptômes étudiés dans les piqûres, les coupures, les plaies contuses des nerfs appartiennent en propre à la névrite consécutive. On sait que les blessures irrégulières, déchiquetées, meurtries, compliquées de corps étrangers, s'enflamment beaucoup plus facilement que les sections nettes. Dans certaines luxations, l'extrémité osseuse peut contondre le nerf; c'est ce que l'on observe parfois pour le nerf axillaire, dans les déplacements de la tête humérale.

On décrit encore des névrites *secondaires*: elles peuvent dépendre d'une irritation de voisinage; tel cordon qui traverse une collection phlegmoneuse arrive à s'enflammer; mais ces faits sont exceptionnels, et Cornil et Ranvier ont confirmé par leurs expériences ce que démontre la clinique: l'endurance particulière du névritisme que le pus n'entame pas. On a cité quelques cas de névrite des intercostaux dans les affections pleurétiques, des nerfs dentaires dans la périostite des alvéoles, des nerfs des membres lorsqu'une tumeur les entoure, qu'un cal les comprime, quand ils passent par le foyer d'une arthrite ou d'une ostéite.

Une maladie infectieuse provoque aussi les névrites secondaires; on connaît les paralysies particulières consécutives à la diphthérie; on en a cité de semblables après la fièvre typhoïde ou dans la lèpre, chez les alcooliques, les syphilitiques, les rhumatisants, les goutteux; dans certains empoisonnements par le plomb et l'oxyde de carbone. Enfin le froid, surtout le froid humide, a pu déterminer l'apparition d'une névrite qualifiée alors de *spontanée* ou de *primitive*.

Anatomie pathologique. — Les lésions initiales de la névrite

ne diffèrent pas de celles de la congestion : les réseaux capillaires sont dilatés autour du cordon nerveux et dans son épaisseur; il y a des suffusions sanguines, des ecchymoses, une exsudation fibrineuse entre les tubes, puis une prolifération des cellules conjonctives, une hyperplasie lamineuse. Lorsque les désordres en restent là, la névrite est seulement *interstitielle*, mais l'inflammation retentit parfois jusque sur les tubes; les cellules des segments interannulaires s'entourent de protoplasma, leur noyau prolifère, la myéline se fragmente, le filament axile se rompt; la névrite est alors *parenchymateuse*.

Le nerf est gonflé, rouge, ramolli; sa résistance a diminué; il se déchire à la moindre traction et se transforme même en une pulpe grise ou rouge que l'ongle peut entamer. La suppuration est exceptionnelle, du moins dans les névrites qui n'ont pas un traumatisme pour origine. Lorsque l'inflammation succède à une plaie contuse, le névrilème est rompu, et les globules purulents, qui n'ont plus cette barrière à franchir, s'insinuent parfois dans les lames intrafasciculaires. Lorsque les altérations des tubes nerveux n'ont pas été généralisées, lorsqu'un segment peu étendu d'un nerf est atteint, on observe la régénération du filament axile.

Il est des cas, bien décrits par Gombaud, dans l'inflammation des nerfs par compression, dans certaines névrites de cause générale, celle de la diphthérie par exemple, où le filament axile n'est pas détruit dans sa continuité; il se gonfle tout au plus, mais en aucun point on ne trouve de solution de continuité. Les cellules s'entourent de protoplasma, la myéline se fragmente, les noyaux prolifèrent. C'est la *névrite segmentaire périaxile*. La persistance du cylindre-axe explique la rapide disparition de la paralysie, le brusque retour des fonctions.

Symptômes. — Ils consistent en *troubles trophiques* et en désordres de la *motilité* et de la *sensibilité*. Les premiers ont été déjà décrits et nous connaissons ces altérations particulières des téguments nommés *causalgie* et *glossy skin*, ces éruptions bulleuses, eczéma-teuses et pemphigoïdes, ces herpès, ces ulcérations atones et rebelles, la chute des poils et des ongles ou leur hypertrophie, les lésions des muscles, des articulations et des os. Bien que ces troubles trophiques aient été étudiés à propos des blessures des nerfs, nous avons dit que, pour nombre d'auteurs, la névrite est un intermédiaire à peu près obligé : la plaie engendre l'inflammation, qui, elle, se

traduit par les désordres nutritifs. Cette opinion n'est pas celle de plusieurs auteurs, qui croient la simple suppression de l'action nerveuse suffisante pour provoquer les troubles trophiques.

Les troubles *sensitifs* se caractérisent surtout par une douleur spontanée, tantôt sourde, gravative, continue, sans exacerbation, tantôt lancinante, irradiée vers la périphérie, plus rarement vers les centres et entrecoupée d'accès, de véritables crises souvent nocturnes où les souffrances sont intolérables. La pression sur le segment enflammé du nerf exagère la douleur, qui peut persister, même lorsque les lésions progressives des tubes nerveux ont provoqué l'anesthésie des téguments; cette insensibilité tactile d'une région limitée de la peau coïncidant avec une douleur spontanée, se nomme *anesthésie douloureuse*.

Les troubles *moteurs* sont d'intensité très variable; ils consistent en une impotence musculaire plus ou moins accentuée; souvent des tremblements, des convulsions, des contractions fibrillaires précèdent la paralysie, fort grave lorsque le muscle ne réagit plus sous l'excitation électrique. Le « système neuro-musculaire » est alors gravement compromis et le tube nerveux doit être dégénéré; lorsque la contractilité faradique persiste, il y a probablement périnévrite et non névrite parenchymateuse, ou bien encore on se trouve en présence de la névrite segmentaire périaxile de Gombaud. L'atrophie des masses musculaires est aussi un bon élément de pronostic et, quand elle est très marquée, il faut craindre une impotence incurable, sans toutefois oser l'affirmer.

Lorsque le nerf est superficiel et l'inflammation vive, on sent parfois un cordon dur, gonflé, très douloureux, dont l'exploration est rendue difficile par les souffrances qu'elle réveille; la congestion peut ne pas rester confinée aux parties profondes; la peau est rouge, chaude, légèrement tuméfiée. Dans ce cas, quelques phénomènes généraux se déclarent; une fièvre plus ou moins ardente, des troubles gastriques, de l'excitation cérébrale, du délire, une sorte d'érythisme particulier semblable à celui qu'on observe chez certains hystériques.

Traitement. — Il doit être rigoureux, car les névrites intenses, les névrites parenchymateuses, celles qui se terminent par la destruction du filament axile, sont graves : la régénération est douteuse ou précaire; l'impotence devient incurable. Aussi la région sera-t-elle immobilisée; on aura recours aux antiphlogistiques, aux injec-

tions sous-cutanées de morphine pour apaiser les douleurs. Lorsque la névrite aura pour cause une diathèse, rhumatisme, goutte ou syphilis, on essayera du traitement général, qui seul pourra donner des succès durables.

5^o NÉVRITE CHRONIQUE.

Elle succède rarement à la névrite aiguë et, d'ordinaire, elle s'établit d'emblée à la suite d'un traumatisme quelconque, coupure ou plaie contuse, distension par une tumeur, une extrémité osseuse luxée; elle peut naître au cours de certaines maladies générales, la syphilis, le rhumatisme, la goutte, la lèpre. On l'a vue se développer sous l'influence du froid; enfin, certaines altérations périphériques, des brûlures étendues de la peau, par exemple, engendrent parfois des névrites *ascendantes* qui, partant des terminaisons des nerfs sensibles, gagnent les troncs et atteignent la moelle; de même, plusieurs lésions des centres nerveux retentissent sur les cordons qu'envahit une inflammation interstitielle particulière, la névrite *descendante*, bien étudiée par Vulpian, Charcot, Bouchard et Cornil.

Le nerf est alors plus gros, plus dur, souvent irrégulier, renflé par places et grisâtre; la vascularisation en est irrégulière et beaucoup plus développée en certains points qu'en d'autres; le tissu conjonctif périfasciculaire et intrafasciculaire est très hyperplasié et son inégale répartition forme des épaisissements limités, des quasi-névromes qui donnent au cordon nerveux un aspect moniliforme. Le tube lui-même peut être respecté, mais dans plusieurs cas il subit la dégénérescence wallérienne, la multiplication des cellules, la fragmentation de la myéline, la destruction du filament axile. Encore faut-il remarquer que quelques fibres seulement subissent ces altérations: le plus grand nombre reste intact au milieu du tissu fibreux hypertrophié.

Dans cette forme chronique on constate parfois, lorsque le trajet du nerf est superficiel, l'existence d'un cordon plus dur, plus volumineux qu'il n'est d'habitude; la pression y réveille des douleurs, plus vives au niveau du point d'émergence des nerfs, quand ils quittent des canaux osseux ou des gâmes aponévrotiques serrées. La souffrance continue est entrecoupée d'accès plus ou moins longs. Les troubles sensitifs sont plus constants que ceux de la motricité;

nuls assez souvent, ils consistent en une hyperesthésie des téguments, la disparition et l'affaiblissement de la sensibilité tactile. Les altérations nutritives complètent le tableau; nous les connaissons déjà et n'y reviendrons plus.

La gravité est très grande de ces névrites chroniques, souvent sournoises, souvent insidieuses dans leur développement. Elles ont parfois une tendance extrême à la diffusion: un nerf tout entier, les cordons voisins, la moelle même se prennent successivement, et les troubles fonctionnels et trophiques qui se déclarent dans le territoire nerveux correspondant peuvent être totalement incurables. Le pronostic est d'autant plus sombre que le traitement est à peu près nul; le repos absolu, l'immobilisation dans les appareils silicatés et plâtrés, l'application de la glace, les courants électriques continus ou interrompus, les injections hypodermiques sont des agents bien infidèles. L'élongation aurait, dans quelques cas, arrêté le processus destructeur et amélioré certains troubles moteurs ou sensitifs.

VI

TUMEURS DES NERFS.

Nous connaissons déjà les *névromes*, tumeurs constituées par une hyperplasie des éléments nerveux; nous n'étudierons ici que les néoplasmes formés d'un tissu différent de celui des nerfs. On pourra bien y trouver un certain nombre de cylindraxes; mais ils appartiennent au cordon lui-même et ne sont pas de formation nouvelle.

Ces *pseudo-névromes*, comme les appelle Foucault, sont de nature variée; on a d'abord les *fibromes*, de beaucoup les plus fréquents, puis les *myxomes*; les *carcinomes* et les *épithéliomas* sont secondaires dans l'immense majorité des cas; le cordon nerveux a fini par se laisser envahir: le tissu morbide d'un foyer voisin a détruit le névrilème et s'est infiltré au milieu des faisceaux. Ajoutons enfin que ces néoplasmes peuvent se creuser de cavités remplies de liquide et parfois étudiées à part sous le nom de *kystes* des nerfs.

Les *fibromes* présentent eux-mêmes de nombreuses variétés, il

en est une que nous laisserons de côté pour l'avoir rangée parmi les névromes vrais; ce sont ces tumeurs arrondies, en forme de massue et qui se développent aux extrémités des nerfs coupés dans les amputations : on s'accorde maintenant à reconnaître que si une partie du néoplasme est constituée par du tissu fibreux hyperplasié, on rencontre aussi une très grande abondance de tubes nerveux à myéline, enchevêtrés en un feutrage inextricable. Nous en dirons autant du névrome *plexiforme* de Verneuil, que quelques auteurs qualifient de *péri-névrome*. Ce point a été examiné déjà. Enfin nous savons que les *tubercules sous-cutanés douloureux* forment un groupe factice rassemblé par la clinique et où l'on voit, côte à côte, de vrais névromes, des fibromes, des sarcomes, des lipomes, voire des tumeurs imaginaires.

La tumeur est en général arrondie ou fusiforme; tantôt elle est comme « embrochée » par le cordon nerveux renfermé dans une gaine, d'où l'on peut facilement le dégager. D'autres fois l'union est intime entre le nerf et le tissu morbide; les tubes sont épars dans cette gangue et ne sauraient être séparés par une dissection, même minutieuse. Les rapports différents du nerf et de la tumeur faisaient admettre à Lebert des névromes *périphériques*, des névromes *centraux*, des névromes *latéraux* et des névromes *diagonaux*. Leur volume, en général, ne dépasse guère celui d'une amande ou d'une noix; mais il peut n'avoir que la grosseur d'un grain de chènevis ou l'emporter sur le poing d'un adulte. Le plus souvent il n'en existe qu'un, cependant les cas de fibromes multiples sont loin d'être exceptionnels et, suivant Poinso, les tumeurs se développent soit sur le même nerf, qui prend l'aspect d'un chapelet, soit sur plusieurs nerfs d'une même région, soit sur des nerfs de régions très différentes. Dans une observation de Nicaise on comptait 250 névromes; il en existait 2000 dans un fait rapporté par Smith.

Il est peu de nerfs où l'on n'ait rencontré de fibrome: l'olfactif et l'auditif seuls n'en présenteraient pas d'exemple; Houël et Lebert en ont vu sur le grand sympathique; ils siègent de préférence sur les nerfs rachidiens. On a noté des fibromes multipliés sur le sciatique, le médian, le cubital et le radial, le pneumogastrique, le grand splanchnique; au membre supérieur on a signalé des faits où les divers rameaux cutanés de la main et de l'avant-bras étaient envahis

simultanément; mêmes observations pour les plexus brachial et sacré, pour les nerfs intercostaux et les saphènes. Enfin, il n'est pour ainsi dire pas de nerf de l'organisme qui ne puisse porter un ou plusieurs fibromes.

La structure des fibromes des nerfs est encore fort obscure; à la loupe, la surface est souvent rosée ou grise, et comme fasciculée, d'une densité assez grande; parfois le tissu se creuse de kystes remplis d'une substance séreuse, muqueuse, gélatiniforme, jaunâtre ou colorée par du sang extravasé. Les analyses histologiques n'en sont pas nombreuses; on admet que la tumeur peut prendre naissance dans le névrilème: en parlant de la névrite chronique nous avons déjà signalé des épaissements circonscrits du nerf, des renflements noueux, une néoplasie conjonctive, origine fréquente de ces fibromes périphériques.

Le fibrome naît encore au milieu même du nerf, dans la substance conjonctive qui sépare les tubes. Nicaise, dans son article de l'*Encyclopédie internationale*, nous donne deux examens pratiqués par Cornil et Variot: Le tissu nouveau existe uniquement à l'intérieur de la gaine lamelleuse; il forme une zone épaisse en dedans de celle-ci et repousse les tubes nerveux au centre du faisceau. Chacun des tubes est entouré d'une production de fibrilles conjonctives; la gaine de Schwann présente une multiplication de ses éléments cellulaires. La substance médullaire et le cylindraxe sont conservés intacts; le névrilème ne prenait pas part à la constitution de la tumeur. » Dans ces deux cas les cylindraxes passaient inaltérés au milieu du fibrome. Il n'en est certainement pas toujours ainsi et les paralysies notées dans quelques observations témoignent des altérations du filament axile.

Les **myxomes** des nerfs sont fréquents; on les a observés sur la plupart des troncs nerveux; leur siège le plus habituel est le médian, le sciatique et le radial; la tumeur est en général unique, mais on en a signalé plusieurs sur le même cordon, et Trélat cite un fait où la dégénérescence avait envahi la presque totalité du sciatique, dont la coupe rappelait celle d'un « câble ». Leur volume est souvent énorme; ils sont parfois lobés; une enveloppe conjonctive résistante peut leur donner une certaine dureté, mais, d'ordinaire, ils sont mous, gélatineux, transparents; un liquide gommeux s'écoule

à la section. Cependant rien n'est plus variable et l'aspect diffère selon que le myxome est hyalin, lipomateux, fibreux ou kystique. Ses rapports avec le cordon nerveux sont les mêmes que ceux que nous avons signalés pour le fibrome : tantôt la tumeur est tangente au nerf — et nous avons enlevé un myxome du cubital en respectant la presque totalité des tubes nerveux ; — tantôt le néoplasme engaine le nerf perdu dans la gangue du tissu morbide. On a cité des cas où un pédicule plus ou moins étroit unissait le myxome au nerf. La membrane d'enveloppe présente un grand intérêt : lorsqu'elle est résistante, continue, la tumeur est beaucoup moins envahissante et, après extirpation, la récurrence et la généralisation sont moins à craindre ; le myxome du cubital dont nous avons parlé est extirpé depuis trois ans et n'a pas reparu.

Les **sarcomes** ne sont pas très rares, bien que Virchow nie leur existence ; on les a rencontrés sur presque tous les cordons nerveux de quelque importance : médian, cubital, sciatique, tibial postérieur ; plusieurs tumeurs peuvent se développer sur le même tronc : Winiwarter en a constaté un certain nombre sur le plexus brachial. Ils forment tantôt des masses dures, fasciculées, peu vasculaires, blanches et presque sèches à la coupe ; tantôt des productions ramollies, diffluentes, dégénérées, creusées de kystes remplis de sang fluide ou de caillots. Ce néoplasme est d'un pronostic grave ; il s'étend avec une rapidité fort grande parfois ; il récidive après extirpation, et Dolbeau, Nélaton, Wolkmann, d'autres encore, ont cité des cas de généralisation.

Les **épithéliomas** et les **carcinomes** des nerfs sont presque toujours secondaires ; on se demande même s'il existe un cas bien authentique d'une de ces tumeurs primitivement développée sur un cordon nerveux. Velpeau aurait enlevé un cancer mélanique et Forster aurait vu des carcinomes nés dans le nerf, bientôt détruit par l'accroissement progressif du tissu morbide.

Les tumeurs secondaires se développent le plus souvent par propagation de voisinage : les nerfs juxtaposés à des foyers cancéreux peuvent résister longtemps, mais le névrite finit par céder et l'envahissement commence ; dans le cancer utérin on peut suivre le phénomène pas à pas, et Cornil a montré comment les plexus ner-

veux sont atteints : tantôt le cordon, entouré de toutes parts, disparaît au milieu de la tumeur qui se substitue à lui ; tantôt il reste libre, mais on le voit se gonfler par places et former des nœuds, des renflements arrondis dus à une active prolifération du tissu cancéreux dans le névrite ou le périnèvre.

Les cancers secondaires des nerfs peuvent se développer encore par un mécanisme différent : des tumeurs apparaissent par généralisation dans les cordons, souvent fort éloignés du foyer primitif, comme elles naîtraient dans d'autres tissus, le poumon, la colonne vertébrale, l'orbite, les os ; Cornil a constaté trois fois une dégénérescence semblable des nerfs dans des carcinomes du sein. Les noyaux sont alors peu volumineux, multiples parfois. Tous les éléments des nerfs sont atteints, névrite, périnèvre, tubes nerveux.

Les tumeurs des nerfs, fibromes, myxomes, sarcomes et cancers, sont d'une *étiologie* bien obscure. On a invoqué l'influence du traumatisme, celle d'une inflammation de voisinage ; une carie du poignet aurait provoqué un névrome du segment du médian situé sur le foyer malade. La syphilis, la lèpre, l'éléphantiasis, le myxœdème ont été incriminés, mais sans preuves bien convaincantes. Les néoplasmes des nerfs seraient plus fréquents chez l'homme que chez la femme, à l'âge adulte que dans la vieillesse ; ils peuvent être congénitaux, surtout les fibromes multiples, et Nicaise a constaté leur hérédité possible. Disons enfin qu'ils seraient plus fréquents aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, et que les rameaux sous-cutanés seraient plus atteints que les branches profondes.

Aussi la tumeur est en général très accessible : on sent, sur le trajet connu du nerf, une masse arrondie ou allongée et fusiforme dont le grand diamètre est parallèle ou perpendiculaire à l'axe du cordon ; elle est solide, élastique, résistante ou molle et presque fluctuante dans les cas de sarcomes ramollis ou de productions kystiques. D'habitude elle est mobile sous les téguments dont la coloration est normale ; cependant des adhérences peuvent se faire, et la peau rougit, puis s'ulcère par les progrès d'un néoplasme de nature maligne. Mais avant cet envahissement des tissus voisins, on constate que la tumeur est, sans difficulté, déplacée latéralement, dans un plan perpendiculaire à la direction du nerf : elle reste immobile lorsqu'on essaye de la mouvoir dans le sens du tronc où elle a pris naissance.

Les pseudo-névromes, surtout s'ils sont peu volumineux et profondément situés, sont quelquefois indolents; la souffrance qu'ils produisent est néanmoins un de leurs caractères les plus nets; un heurt, un traumatisme, le plus léger frôlement au niveau du néoplasme peuvent la réveiller; elle est vive, lancinante, suit, comme un éclair, le tronc nerveux vers la périphérie et vers le centre; cet accès névralgique est de durée variable et laisse souvent après lui un endolorissement continu. La douleur n'est pas toujours provoquée et la crise éclate spontanément: sous l'influence d'une fatigue, de l'impression du froid, de la chaleur du lit, lorsque vont apparaître les règles, à l'occasion d'un mouvement ou même sans cause appréciable, le cordon nerveux est comme meurtri, tenaillé, mordu; le sommeil devient impossible, la nutrition générale souffre, la santé s'altère, et le malade se cachectise.

D'ordinaire, les muscles ne restent pas inactifs; on note souvent des secousses, des tressaillements, des crampes tantôt localisées dans les muscles innervés par le nerf atteint, tantôt généralisées dans le membre entier; il n'est pas rare de voir des convulsions survenir et un véritable accès épileptiforme éclater; un « aura » parti du névrome peut avertir le patient de l'imminence d'une crise. Dans certains cas, les phénomènes prennent une autre forme et accusent les caractères d'une angine de poitrine. Ces manifestations douloureuses, ces attaques convulsives ont pu être conjurées par l'application d'eau froide sur le névrome, par la compression digitale sur le nerf au-dessus de la tumeur, par la ligature du membre et par l'application de la bande d'Esmarch.

Les troubles trophiques sont exceptionnels; les examens histologiques nous ont d'ailleurs montré que le filament axile est presque toujours intact, sauf lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes: les sarcomes peuvent détruire la continuité du nerf. Les éruptions bulleuses, les ulcérations, la causalgie font défaut. Cependant on a noté quelques modifications dans les téguments qui, au-dessous de la tumeur, deviennent secs, rugueux, fendillés; la sécrétion sudorale s'y exagère pendant les crises douloureuses; la peau s'atrophie surtout au niveau des doigts, qui s'effilent; les masses musculaires diminuent de volume. Terrier, dans un cas de névrome du radial, a vu survenir un œdème assez considérable du dos de la main.

Le tableau clinique des pseudo-névromes multiples, des fibromes

généralisés, est différent; l'évolution de la maladie comprend *trois périodes*. La *première*, fort insidieuse, passe souvent inaperçue: les tumeurs petites, profondes, quelquefois indolores, ne se révèlent par aucun signe; à peine a-t-on noté, dans certains cas, des fourmillements, un endolorissement prémonitoire du membre, quelques éclairs douloureux ou des souffrances fixes, confondues parfois avec des manifestations rhumatismales. Mais peu à peu les tumeurs se développent; les plus superficielles deviennent accessibles, et l'on trouve sur les rameaux sous-cutanés des noyaux du volume d'un pois à celui d'une noisette, irrégulièrement échelonnés, mobiles, de forme régulière. Pendant la *deuxième période* ils grossissent, éveillant tout au plus quelques légers troubles moteurs ou sensitifs. Les cas sont rares où l'on a observé des crampes, des paralysies, des crises épileptiformes ou des douleurs intenses.

Nicaise, cependant, a publié l'observation d'un homme de 21 ans, sur lequel on put compter 258 pseudo-névromes, nombreux surtout aux cuisses, aux membres supérieurs, au cou, au cuir chevelu, sur la face, la paroi abdominale. Les tumeurs étaient indolores, mais la pression déterminait de l'engourdissement et des fourmillements dans les régions innervées par le tronc comprimé. Plus tard on signala des crampes très douloureuses, de la parésie, de la contracture, une atrophie des muscles; « les symptômes durèrent plus de trois mois, puis disparurent lentement sous l'influence du bromure de potassium à la dose de 5 grammes par jour ». Au bout d'un an, les crampes

les contractures se montrèrent de nouveau, pour céder encore après l'extirpation de quelques tumeurs et l'emploi du bromure.

La *troisième période* est souvent caractérisée par l'apparition de la cachexie, et si parfois ces fibromes généralisés sont compatibles avec la persistance de la santé, il n'est pas rare de voir survenir, sous l'influence des douleurs et de la perte de sommeil, des troubles de nutrition fort graves: les malades, surtout lorsque les tumeurs ont pour siège le grand sympathique, sont pris de nausées, de vomissements, de diarrhée; ils pâlisent, s'anéminent d'une manière progressive; les membres s'infiltrèrent et la mort est la conséquence de ce marasme envahissant. La terminaison fatale peut avoir une autre cause: tout à coup une des tumeurs s'accroît, prend une marche rapide et évolue comme un sarcome. Virchow cite un cas où on dut pratiquer l'amputation du bras; Nicaise extirpa un néoplasme

situé à la cuisse, qui, si l'on en croit un certain nombre de faits, serait un siège de prédilection.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de ces tumeurs; pour peu qu'ils soient superficiels, les pseudo-névromes isolés se reconnaîtront assez facilement: leur siège sur le trajet connu d'un nerf, les troubles de motilité ou de sensibilité qu'ils provoquent, ne laissent pas place au doute; la plus grande difficulté est de déterminer la nature du néoplasme. Les tumeurs généralisées se distinguent sans peine dès qu'elles ont acquis un volume assez considérable pour être perçues au milieu des tissus; ici encore, on ne saurait à l'avance affirmer quelle est la texture du pseudo-névrome; or, ce point n'est pas indifférent pour le pronostic: le névrome vrai, le fibrome, le myxome, le sarcome n'ont pas semblable évolution.

Le traitement médical est à peu près sans valeur: cependant les compresses froides, l'eau très chaude, les injections hypodermiques pourront apaiser les souffrances; Nicaise, dans son cas de pseudo-névromes généralisés, a vu disparaître non seulement la douleur, mais les contractures et les atrophies, par l'emploi du bromure de potassium à haute dose. L'intervention chirurgicale n'est point la même pour les néoplasmes isolés et pour les pseudo-névromes multiples; on se gardera d'enlever ces derniers, à moins que l'une des tumeurs ne s'accroisse et ne devienne douloureuse, auquel cas il est nécessaire de l'extirper; on peut être ainsi conduit à pratiquer plusieurs opérations successives. Il en fut ainsi dans le fait de Nicaise: après ces ablations, la santé paraît s'être affermie.

Pour les névromes solitaires, douloureux ou à marche rapide, on ne manquera pas d'intervenir: la dissection de la tumeur sera faite avec le plus grand soin; on aura recours à la bande d'Esmarch, grâce à laquelle le sang ne voilant pas les tissus, on peut reconnaître exactement le trajet du nerf que l'on essayera de respecter; lorsqu'il ne s'éparpille pas au milieu du néoplasme, lorsque ses faisceaux serrés et compacts traversent la tumeur, on le dégagera par une sorte de sculpture; l'isolement sera plus facile encore si le pseudo-névrome est tangent au cordon nerveux. Mais l'enchevêtrement des tubes et des tissus morbides est tel, dans certains cas, que la section du nerf devient inévitable.

On n'hésitera pas à la pratiquer; on tâchera, la résection faite, de juxtaposer les deux bouts et de les suturer, sans trop compter sur la

régénération et le rétablissement des fonctions, qui, d'ailleurs, ne sont pas toujours complètement abolies après l'extirpation de la tumeur. Lorsqu'on lutte seulement contre la douleur, lorsque le néoplasme n'est pas de nature maligne, la névrotomie ou la névrectomie au-dessus de la tumeur a été proposée si le néoplasme est profondément placé ou d'un abord difficile. On cite quelques observations où l'amputation a été tentée pour des névromes multiples d'un membre.

CHAPITRE IX

AFFECTIONS DES MUSCLES.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Nous étudierons successivement les *contusions*, les *plaies*, les *ruptures*, le *diastasis* et les *hernies musculaires*.

1° CONTUSIONS.

Elles succèdent le plus souvent à une violence extérieure, chute, coup de pierre ou de bâton, passage d'une roue de voiture, tamponnement; dans des cas exceptionnels, le corps vulnérant est intérieur; un fragment osseux dans les fractures, une surface articulaire luxée ont pu contondre les masses musculaires. Celles-ci sont d'autant plus facilement désorganisées que leur texture est plus délicate, qu'elles sont moins protégées par des aponévroses ou un panicule graisseux épais, qu'un plan osseux sous-jacent offre un point d'appui sur lequel s'écrase le muscle; il ne faut pas oublier que les fibres contractées se rompent plus aisément; elles ne fuient pas devant l'objet vulnérant comme le fait le muscle au repos.

Les désordres n'ont pas toujours la même intensité: quelquefois on note à peine la rupture de quelques capillaires, une petite hémor-