

DIX-HUITIÈME LEÇON

Névrome du nerf tibial postérieur

Observation. Tumeur ancienne développée derrière la malléole interne.

Caractères présentés par cette tumeur : sa forme, son siège, les troubles fonctionnels auxquels elle a donné lieu.

Diagnostic différentiel — Diagnostic de la nature de la tumeur.

Les symptômes recueillis dans l'examen clinique permettent de fixer d'avance le manuel opératoire.

Résultat de l'opération.

MESSIEURS,

Un malade de la salle 17 a, depuis quelques jours, singulièrement excité votre intérêt; vous l'avez tous examiné dans vos exercices cliniques et je sais que des opinions bien diverses ont été émises à son sujet.

Cet homme, atteint d'une tumeur assez volumineuse, située derrière la malléole interne, a soixante ans; il est bien portant et jamais, paraît-il, sa santé

n'a été troublée depuis son enfance. Sa tumeur aurait paru vers l'âge de vingt ans, et si parfois il nous a répondu, troublé par les divers interrogatoires qu'il avait déjà subis, que ce mal était peut-être d'origine plus ancienne, qu'il l'aurait eu en naissant, je pense ne pas devoir m'arrêter à cette seconde version qui me paraît erronée.

Bientôt, je discuterai le diagnostic, et je conclurai à l'existence d'un névrome. Or, je ne sache pas qu'une tumeur développée sur un nerf, un névrome en un mot, puisse, quand il est congénital, se présenter isolé. Les névromes congénitaux sont toujours multiples.

Quand, pour la première fois, il s'aperçut de la présence d'une tumeur cachée derrière la malléole interne, notre malade nous dit qu'il éprouvait déjà quelques douleurs en ce point, douleurs spontanées, mais provoquées aussi par les froissements et irradiées vers la plante du pied.

Depuis cette époque, c'est-à-dire il y a quarante ans, le mal a pris, sans poussées rapides, peu à peu, le développement que vous lui voyez aujourd'hui. Les douleurs, en devenant plus violentes, se sont aussi modifiées. C'étaient tantôt un engourdissement pénible dans l'extrémité inférieure de la jambe et du pied, des fourmillements et une sensation spéciale qui faisait dire au malade qu'il avait le *piéd mort*. C'étaient encore des élancements aigus qui troublaient le

sommeil, un sentiment de brûlure, ou bien des douleurs fulgurantes qui du cou de pied se répandaient jusqu'aux orteils.

Autrefois, la vie était compatible avec les légères souffrances qui avaient révélé la présence du mal ; maintenant elle n'était plus supportable et le patient se décida enfin à venir à Saint-André réclamer les secours de la chirurgie.

Qu'avons-nous vu, Messieurs ? Au-dessus du pied droit, entre la malléole interne et le tendon d'Achille, une tumeur un peu oblongue dans le sens vertical qui mesure 6 centimètres ; légèrement aplatie dans son diamètre transversal qui n'a pas plus de 4 centimètres et faisant, entre l'os et le tendon qui la limitent, un relief de deux centimètres environ sous la peau. On peut ainsi la comparer au volume d'une petite mandarine.

Au-dessus d'elle la peau est saine, sans changement de coloration, et si quelques veines paraissent un peu dilatées, il n'y a point ce développement des vaisseaux tel qu'on le voit aux abords des tumeurs malignes. En aucun point la peau ne présente la plus petite adhérence : elle glisse facilement dans tous les sens.

Quand vous cherchez à vous rendre compte des rapports que pourrait avoir le néoplasme avec les parties plus profondes, avec la malléole et le tendon ; vous constatez qu'il existe en avant, une rigole assez

profonde, dans laquelle le doigt peut s'engager et qui vous avertit que l'os est absolument libre. De même, en arrière, vous voyez une ligne de démarcation bien nette, une autre dépression parallèle au tendon d'Achille. Faites du reste contracter les muscles de la jambe : le tendon se roidit et la tumeur pressée par lui paraît refoulée plus loin sans qu'il soit possible de découvrir la moindre connexion entre elle et lui. On s'assure ainsi bien facilement que les parties dont il vient d'être question sont libres, et que le néoplasme glisse sur elles. Sans doute sa mobilité se trouve limitée, mais comment en serait-il autrement, dans cette loge ostéo-fibreuse qui ne se prête dans aucun sens aux mouvements d'une masse enclavée, pour ainsi dire, au milieu de parties inextensibles.

Mais, nous avons tous remarqué (et je ne saurais trop insister sur ce fait), que la mobilité dans le sens antéro-postérieur est seule possible, et que de haut en bas on ne peut communiquer le moindre mouvement à la tumeur.

En explorant avec les doigts les caractères physiques, la consistance et les détails de surface, on sent tout d'abord un empâtement diffus qui tient à un peu d'œdème, mais en pressant davantage, on retrouve bien une surface arrondie, dure, élastique, absolument solide, sans indices de fluctuation ou même de ramollissement.

Pas la moindre irrégularité dans cette surface, pas

la plus légère saillie, aucune de ces anfractuosités si fréquentes dans certaines tumeurs !

Mais, voici que cette exploration minutieuse fait en même temps découvrir des battements isochrones à ceux du pouls, dans un long trajet vertical étendu d'une extrémité à l'autre de la masse, et placé assez exactement au milieu de sa surface. Averti par cette sensation bien nette, qu'on éprouve de suite, tout à fait indiscutable, on ne peut manquer de chercher sans retard si la tumeur tout entière n'est pas le siège d'un mouvement d'expansion et d'un souffle spécial. Recherches vaines ! L'on devait s'y attendre puisque la pulpe des doigts en dehors de la ligne indiquée ne retrouvait rien. C'était bien un battement, une pulsation artérielle indiquant par sa situation le trajet de la tibiale postérieure. Il n'est pas jusqu'à la sensation donnée par l'ondée sanguine rappelant le volume de cette artère, jusqu'à la direction suivie par les battements, qui disparaissent au-dessus et au-dessous de la tumeur en s'enfonçant, se perdant dans la loge occupée par la tibiale, qui ne rappellent encore que c'est bien cette artère qu'on retrouve là, que c'est bien elle qui a été soulevée, pour ainsi dire chassée de sa situation normale par la tumeur elle-même.

Je ne crois pas qu'on puisse conserver le moindre doute sur le déplacement subi par l'artère tibiale postérieure qui se retrouve par sa direction, son volume, et même ses rapports avec la gouttière retro-malléo-

laire. Aussi, nous est-il permis d'en conclure que la tumeur s'est développée très profondément, au-dessous et dans le voisinage de ce vaisseau et qu'en augmentant de volume, elle l'a refoulée vers la peau.

Sans doute, Messieurs, il ne vous a pas échappé que votre exploration déterminait de la douleur : j'ai déjà, au début de cette observation, rappelé que le patient souffrait surtout quand un froissement, un choc heurtait la partie malade.

Mais il me paraît que vous devez encore insister sur certains troubles fonctionnels, en rapport avec l'élément douleur. Ainsi, tout en réveillant avec les doigts une douleur vive, vous avez bien remarqué qu'elle n'était pas partout la même : aux deux extrémités, au-dessus et au-dessous de la tumeur, sont deux points particulièrement sensibles où vous ne pouvez exercer la moindre pression sans provoquer aussitôt une explosion de sensibilité : le malade s'agite et pousse des cris aigus. Dans toute la surface, au contraire, sur certaines parties, la sensibilité est encore exagérée, mais elle l'est suivant des lignes exactement dirigées dans la longueur de la tumeur, alternant avec des zones tout à fait indolentes où vous pouvez presser avec les doigts sans provoquer la plus légère souffrance. Il existe donc des zones sensibles, séparées régulièrement par des espaces absolument insensibles.

Pendant cet examen, interrogez le malade : il vous répond que la douleur provoquée s'étend vers la

plante du pied et jusqu'au gros orteil, et qu'elle s'accompagne d'engourdissements, de fourmillements pénibles.

Voilà maintenant un autre fait des plus intéressants. J'ai pris soin de comprimer assez fortement le nerf tibial postérieur, au-dessus de la tumeur, pendant qu'on explorait celle-ci. Il est arrivé que cette compression a eu pour résultat d'arrêter la douleur provoquée par l'exploration. Preuve nouvelle, qui démontre d'intimes connexions entre le nerf tibial postérieur et la lésion que vous étudiez.

Affirmer ces connexions ne suffit pas ; il faut encore déterminer leur nature. Existe-t-il une union intime ou bien un simple contact, une compression ? J'affirme de suite que la compression seule n'existe pas et que la tumeur est tout à fait unie au tronc nerveux, faisant pour ainsi dire corps avec lui. Et, en effet, Messieurs, s'il y avait seulement compression, il suffirait de déplacer la tumeur pour modifier la douleur, il suffirait d'appuyer sur elle pour augmenter son intensité, de la séparer des parties profondes en l'élevant avec les doigts pour la voir disparaître. Il n'en est rien, j'ai bien cherché à isoler la masse des parties profondes : la pression de mes doigts sur ses côtés a, au plus haut degré, réveillé la sensibilité. Il n'y a donc plus aucun doute dans nos esprits : le nerf tibial postérieur est pris dans la lésion, le diagnostic apparaît déjà avec de grands éléments de certitude.

Que serait cette tumeur, Messieurs, si elle n'appartenait pas à ce nerf? Vous savez déjà que la malléole, le tibia, les gaines synoviales n'ont rien à faire avec elle. N'eussiez-vous que ce caractère: la mobilité, pour vous guider vers la certitude, vous pourriez affirmer que ni les os, ni les gaines ne sont intéressés; si la tumeur avait des rapports avec eux, elle devrait rester immobile. Et d'ailleurs, à quelle tumeur osseuse pourriez-vous vous adresser pour commettre une erreur? Assurément vous ne pourriez penser à autre chose qu'à une tumeur épiphysaire, à une exostose, quand il s'agit d'un mal né depuis quarante ans. Or, ce n'est point le siège des exostoses et aucun des caractères qui leur sont propres ne se retrouve ici.

Vérifions encore les signes recueillis jusqu'à présent: la mobilité de la tumeur sur la malléole et les gaines, les contractions musculaires de tous les muscles voisins n'imprimant aucune modification à cette tumeur, nous prouvent encore qu'elle est indépendante de la malléole et des tendons, surtout du tendon d'Achille dont elle est séparée par une rigole.

C'est donc dans cette région profonde, intermédiaire à la malléole et au tendon d'Achille, mais très éloignée des téguments dont elle est séparée par deux plans aponévrotiques; dans cette petite région vasculo-nerveuse bridée profondément par des tendons et des gaines que le néoplasme a dû prendre naissance. Mais si déjà nous sommes sûrs qu'aucun

tendon, qu'aucune gaine n'a pris part à son développement, nous devons en conclure que l'artère, le nerf ou des veines seuls peuvent avoir été choisis comme terrain d'origine.

L'artère ne saurait être mise en cause, puisque, bien au contraire, elle a été repoussée, et, en définitive, s'est creusé, sur toute la surface de la tumeur, une gouttière verticale qu'on peut suivre dans sa longueur.

Pourrait-on penser qu'il existe une ou plusieurs dilatations veineuses, une ampoule avec des noyaux fibreux ou des phlebolithes? Cette lésion me paraît encore plus improbable. On ne voit, en effet, aucune varice dans le voisinage, il n'y a point d'œdème sur le pied et l'extrémité inférieure de la jambe, et dans l'analyse de cette observation, rien ne nous montre que le malade ait eu, dans ces dernières années, à souffrir de varices qui se seraient spécialement développées sur le membre correspondant.

C'est donc au nerf, et au nerf seul, que nous avons affaire, et ce qui le prouve encore, venant dans nos esprits affermir la conviction depuis longtemps établie par la marche de la maladie et l'examen détaillé que nous en avons tous fait, c'est un ensemble de troubles trophiques caractérisés par une sécheresse de la peau, la prolifération de l'épiderme dans toute la région plantaire et l'amaigrissement de l'extrémité du membre.

Des troubles trophiques, joints à ceux de la sensibilité, c'est-à-dire à la douleur, aux fourmillements, aux anesthésies passagères, sont plus qu'il n'en faut pour affirmer maintenant.

Vous avez donc fait un grand pas vers la certitude, mais elle ne sera complète, Messieurs, que quand nous nous serons demandé si la tumeur est née par multiplication des éléments nerveux eux-mêmes, ou bien par prolifération du tissu conjonctif soit dans le tronc nerveux, soit dans son voisinage.

Cette partie du diagnostic est assurément difficile : on ne peut, sans y réfléchir longuement, se prononcer en faveur d'un névrome vrai ou d'une tumeur quelconque, développée dans le nerf ou sur son trajet. Et cependant, si vous considérez que cette tumeur a acquis un développement relativement considérable tandis que les névromes purs sont petits, peu développés en surface, un premier point s'offre déjà qui vous rapproche de la tumeur annexée au tronc nerveux. Je dois faire exception dans cet ordre d'idée, pour les *névromes par anastomose* décrits par Verneuil, qui formés par une prolifération nerveuse essentielle, constituent des tumeurs considérables. Serions-nous en présence de cette variété? Non, Messieurs, les névromes par anastomose existent surtout au cou. Valentine Mott les avait décrit sous le nom de *pachydermatocèles* : situés dans l'épaisseur de la peau, ils luidonnent un aspect rugueux, voisin de l'éléphan-

tiasis, et l'ensemble des téguments épaissis et hypertrophiés forme des replis, des sinus profonds.

Loin de retrouver un seul de ces caractères, vous voyez devant vous une tumeur limitée, saillante, sous la peau qui n'est pas altérée.

Je repousse bien loin l'idée d'un névrome par anastomose; je repousse également celle du névrome pur toujours multiple, soit qu'il se soit développé sur plusieurs rameaux voisins, soit qu'il ait pris naissance sur un même tronc. Le nerf tibial, que nous avons suivi avec attention ne paraît, pas plus du reste que tous les autres nerfs des autres régions, en contact avec des tumeurs multiples.

Une dernière preuve enfin : les viscères, le cœur, l'appareil digestif, le foie, les reins, si souvent troublés dans ces tumeurs multiples de structure nerveuse, tous ces organes, dis-je, sont absolument sains, ils ne trahissent par aucun trouble fonctionnel les altérations dont ils seraient atteints.

J'avais donc raison, Messieurs, au début de cette leçon, quand j'affirmais devant vous que le malade se trompait en nous disant qu'il portait une tumeur congénitale; elle n'était point aussi ancienne et je peux maintenant résumer la première partie de mon diagnostic, en vous disant : c'est une tumeur étrangère à l'élément nerveux, mais simplement développée dans un nerf. C'est un névrome simple qui, sans faire partie intrinsèque du cordon sur lequel il s'est développé,

a compromis plus ou moins sa continuité à la manière des tumeurs qui, autour d'elles, détruisent, refoulent ou atrophiaient les tissus. — Ce sont les caractères physiques, l'évolution, la forme même, le volume, le siège et les troubles fonctionnels qui me permettent de porter sans hésitation cette conclusion.

C'est donc une tumeur, mais quelle est-elle ?

Les variétés en sont nombreuses dans les nerfs : fibrome, sarcome, myxome, cancer. Le myxome a été souvent observé ; le cancer beaucoup plus rarement : on a même prétendu que le cancer primitif n'avait jamais été prouvé. Je crois à une exagération et, en admettant sa rareté, je crois au cancer primitif des nerfs. Pour l'instant, notre observation ne saurait témoigner en faveur de cette opinion. L'évolution lente, la date ancienne et l'absence d'adhérences intimes avec les tissus voisins, nous font un devoir d'exclure d'emblée le cancer.

Je devrais en dire autant du sarcome qui, bien que relativement bénin, n'en prend pas moins de très mauvais caractères, quand il a une fois acquis un certain volume, et qu'il marche ainsi par poussées vers l'ulcération. — Nous n'avons ici rien de semblable : notre tumeur a lentement grossi, refoulant les tissus voisins, mais les respectant tous sans exception.

Depuis six mois, elle est devenue très douloureuse, et peut-être dans ce fait-là, pourriez-vous trouver un

trait de ressemblance avec le sarcome en voie de rapide développement. Mais remarquez, Messieurs, qu'un sarcome qui devient très douloureux prend des proportions considérables, abandonne cette période aux apparences bénignes qui fait un de ses caractères du début, pour revêtir la physionomie d'une tumeur maligne envahissante ; or, malgré les douleurs plus fortes dont souffre depuis quelque temps cet homme, sa tumeur est restée stationnaire : bien plus, sa surface n'a point changé ; elle est toujours uniforme et lisse et, vous le voyez, ne ressemble en rien à un sarcome. Autre dissemblance : le sarcome a toujours, autour de lui, une vascularisation exagérée, et j'ai beaucoup insisté pour vous faire remarquer que les vaisseaux, dans cette observation, restaient étrangers à l'apport nutritif développé par la tumeur.

J'ai tenu à discuter d'abord les questions qui pouvaient en imposer : comme beaucoup moins probables, je vous parlerai enfin des myxomes : tumeurs molles, tremblottantes, mobiles et presque transparentes ; ces caractères-là sont loin de ressembler à ce que vous voyez.

Et maintenant, quand on se rappelle que le malade avait vingt ans quand son mal a paru, que ce mal a cru lentement, qu'il offre des limites précises, qu'il est régulier, sans bosselures, on ne peut, après les discussions qui précèdent, s'empêcher de penser au fibrome.