

ARTICLE XVII.

NÉVRÔMES (1).

Parmi les tumeurs si nombreuses et si variables dont le corps humain peut être affecté, il en est une qui est beaucoup plus commune qu'on ne le dit généralement, et sur la nature de laquelle les pathologistes sont loin d'être d'accord : je veux parler des névrômes, petites tumeurs ordinairement sous-cutanées, et dont le caractère dominant est de causer de temps à autre, à la moindre occasion, et souvent sans qu'on sache pourquoi, des douleurs excessivement aiguës, contre lesquelles les moyens ordinaires échouent. Beaucoup de praticiens placent le siège de ces tumeurs dans les nerfs; Dupuytren et M. Wood croient cependant qu'elles sont étrangères à ces organes; Boyer les range parmi les squirrhes, M. Jaumes parmi les cancers, enfin d'autres en font des corps *sui generis*. Hippocrate et Galien semblent avoir connu cette maladie, qu'ils ont désignée sous le nom de *ganglions*; Jean de Vigo les nommait *nodus*; Paré les désignait sous le nom de *noeud*; les Anglais leur donnent le nom de *tumeurs sous-cutanées douloureuses*; celui de névrômes ou chondrômes est celui qu'ont adopté les praticiens français.

Ces tumeurs ont été trouvées sur le trajet ou dans l'épaisseur même des nerfs; tantôt elles offrent le caractère de masses tuberculeuses, tantôt celui de tumeurs véritablement squirrheuses ou encéphaloïdes à l'état cru. Dans d'autres circonstances, il est impossible de les comparer, soit à une production morbide, soit à un tissu quelconque dégénéré. Le volume de ces tumeurs est très variable;

(1) Leçon de juillet 1840.

souvent il n'est pas plus considérable que celui d'un petit pois, d'un grain de blé ou d'une fève; d'autres fois, il est beaucoup plus considérable, et j'en ai vu qui dépassaient le volume du poing; on en a vu qui égalaient une tête de nouveau-né. Ordinairement les malades ne portent qu'une seule de ces tumeurs; mais quelquefois elles sont multiples. C'est ainsi que M. Wood cite un malade qui en avait trois; Siebold en avait deux sur le cou-de-pied. J'ai observé dans cet hôpital en 1836 un individu sur lequel nous en comptâmes dix-neuf.

On a rencontré de ces tumeurs dans presque toutes les régions du corps. Franco parle, dans son *Traité des hernies* (p. 484), d'une femme qui en portait une sur le tibia depuis dix ans. Loyseau cite une autre femme qui en avait une en dedans de la cuisse. Une seconde malade en avait une en dehors de ce membre. Pouteau rapporte l'observation d'un névrôme au-devant de la malléole interne. M. A. Petit dit avoir rencontré les névrômes presque uniquement aux jambes; il en a observé un cependant à l'avant-bras. Morgagni rapporte, d'après Valsalva, l'observation d'un névrôme qui reposait sur la malléole; Cheselden en cite un qui siégeait sur le nerf cubital, Petit un autre qui existait au bras, Camper un sur le coude, un au-devant du genou; M. Warren un sur le tibia, au-dessous du genou; E. Home un sur le bras, un autre au creux même de l'aisselle; A. Dubois un près de la rotule, un autre au milieu du bras; Hesselbach un dans l'épaisseur du nerf cubital; Siebold un dans l'intervalle des deux malléoles; Neumann un sur la partie moyenne et inférieure de l'avant-bras; Reich un à la partie interne du bras, l'autre en dehors du condyle de l'humérus. A. Cooper et M. Warren en ont observé dans le sein ou au-dessous, Nicod sur la poitrine, M. Marjolin sur le scrotum. Short en a vu à la cuisse, M. Warren au-dessous du grand trochanter. J'en ai vu à la plante du pied, sur le côté externe et sur le côté

interne de la jambe, en avant et en dehors de la cuisse, deux fois dans la profondeur de ce membre, sur le côté droit et sur le côté gauche du thorax chez deux femmes différentes; dans la portion droite de l'épigastre, près du poignet et sur plusieurs points de l'avant-bras, dans le corps du muscle biceps, sur le trajet du nerf musculocutané et dans la profondeur de la région carotidienne.

J'ai remarqué, contrairement à l'opinion de M. Descot, que ces tumeurs sont plus fréquentes dans l'âge adulte ou dans la vieillesse que chez les enfants. Une des femmes que j'ai pu examiner était âgée de plus de soixante ans; une autre en avait quarante, la troisième trente-six; la plus jeune avait vingt-un ans. Il en a été de même chez les hommes qui avaient atteint l'âge de trente, quarante, cinquante ans, et même davantage. Les hommes en sont affectés aussi bien que les femmes; et sous le rapport de la plus ou moins grande fréquence de cette maladie suivant les sexes, je crois qu'il n'y a pas grande différence.

Vous voyez un exemple de cette sorte de tumeur sur la face externe du bras de cet homme. Nous allons tout-à-l'heure procéder à son extirpation. Elle est roulante sous la peau, sans changement de couleur à cette membrane; sa dureté est très grande, et elle lui cause des douleurs souvent excessives. Il ne sait à quoi l'attribuer; il ne se souvient d'avoir reçu sur ce point ni contusion, ni plaie, ni violence ou pression quelconque. Tous les remèdes qu'on a employés pour calmer ses douleurs ont échoué; sangsues, saignées, cataplasmes émollients ou narcotiques, frictions, onctions, rien n'a amélioré sa situation. Il s'est décidé à se faire enlever sa tumeur. C'est en effet le seul moyen efficace que la chirurgie ait à opposer à cette maladie. On a bien employé contre elle les caustiques, et Siebold père et fils ont réussi avec eux à détruire complètement la tumeur et les douleurs qu'elle déterminait; mais ce moyen est beaucoup plus long, plus douloureux, et

laisse après lui une difformité que ne produit pas l'instrument tranchant; et en définitive il est moins sûr.

Cette extirpation constituerait une opération facile et simple, si les névrômes se trouvaient toujours immédiatement au-dessous de la peau; mais l'observation a démontré qu'ils siègent sur les nerfs profonds aussi souvent que sur les nerfs superficiels, et l'opération devient alors d'une certaine gravité. Cette efficacité de l'opération est du reste une chose mise hors de doute par un grand nombre d'observations. Franco rapporte que la femme qu'il a opérée était en proie depuis dix ans à d'affreux tourments. La tumeur était du volume d'une noisette. A peine fut-elle enlevée que la malade se trouva soulagée, et jamais les douleurs ne revinrent. Dans les deux cas cités par Loyseau (voyez plus haut), les douleurs, qui étaient excessives, disparurent immédiatement après l'opération. Après l'extirpation, Loyseau, pour rendre plus certain le succès de son opération, cautérisa la plaie. Il n'y eut point de récurrence. Ponteau obtint des résultats aussi satisfaisants chez un malade dont les douleurs excessives allaient jusqu'à produire des convulsions. Short a cité un cas fort curieux d'extirpation de névrôme. Une femme affectée d'épilepsie depuis douze ans n'avait eu ses accès jusque là qu'une fois par mois; mais ils en vinrent à paraître quatre ou cinq fois chaque jour, à durer chacun une heure ou une heure et demie. Comme ils débutaient toujours par une douleur à la partie inférieure et interne du mollet, Short examina la jambe de la malade pendant un des accès. Enfonçant un scalpel à environ deux pouces de profondeur, il sentit un petit corps qu'il sépara des muscles et dont il fit l'excision. C'était une masse dure, comme cartilagineuse, une sorte de ganglion de la grosseur d'un pois, qui était situé sur un nerf que le chirurgien divisa du même coup. La malade, qui revint subitement de son accès, se mit à crier qu'elle se portait bien, et elle n'a jamais eu depuis aucune

attaque. Si l'épilepsie paraît avoir eu quelquefois une petite tumeur de cette nature, ou quelque cicatrice nerveuse pour point de départ, si Lassus a pu citer Hippocrate, Galien, Celse et Alexandre de Tralles à cette occasion. on ne trouve dans aucun de ces auteurs un exemple aussi concluant que l'observation qui a été rapportée par Short.

Morgagni rapporte que la jeune fille qui avait un névrôme au pied éprouvait des douleurs si vives qu'elle se serait coupé le pied, si on ne l'avait pas retenue; elle guérit également très vite après l'extirpation de sa tumeur, et ses douleurs ne revinrent plus. Il en fut de même des malades opérés par Cheselden, Camper, Hunter, Dubois, Siebold, etc., etc. Tout chirurgien qui reculerait maintenant devant l'extirpation des névrômes serait donc à blâmer, puisqu'il est prouvé que cette opération réussit constamment ou presque constamment.

Il y a trois espèces de névrômes sous le rapport du siège: les uns sont placés entre l'aponévrose et les téguments; les autres sont sous les aponévroses et se trouvent ordinairement en rapport avec le trajet des nerfs; enfin il en est qui semblent se continuer avec les cordons nerveux.

Les névrômes de la première espèce, ou les névrômes sous-cutanés, qu'ils se continuent ou non avec des branches nerveuses, doivent être extirpés de la même manière. Le chirurgien fait avec le bistouri une incision d'une longueur suffisante au niveau même de la tumeur; après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire, la tumeur se trouvant à découvert, il la saisit avec une érigne, et la fait soulever par un aide pendant qu'il la dissèque sur les côtés; alors avec le bistouri ou des ciseaux il en détache immédiatement après la portion supérieure, puis la face profonde, puis l'extrémité inférieure; de cette manière il éteint par son premier coup de bistouri, en séparant le nodus des centres nerveux, les irradiations douloureuses, quelquefois insupportables que l'on causerait sans cela avant d'avoir

terminé l'opération. Il faut enlever avec le névrôme une couche assez épaisse du tissu cellulo-graisseux sur lequel il repose, afin d'être bien sûr d'avoir détruit tout le mal. L'incision simple ou longitudinale ne suffirait peut-être pas, si le névrôme était d'un volume très considérable, comme celui dont parle Louis, par exemple, et pour lequel il pratiqua l'amputation. Dans ces cas, il faudrait avoir recours à une incision en T, ou cruciale, ou mieux encore à l'incision semi-lunaire, que je vous recommande si souvent pour l'extirpation des tumeurs. La dissection et l'enlèvement de la tumeur étant achevés, il ne s'agit plus que d'une plaie simple: on la réunit par première intention, et la guérison est promptement obtenue.

Quand les névrômes sont profonds, l'opération devient beaucoup plus grave, il faut inciser les aponévroses, disséquer quelquefois à une assez grande profondeur, car les limites de la tumeur ne sont pas bien connues. On ne peut pas savoir avec précision jusqu'où s'étendront les incisions; il faut ménager les vaisseaux, les gros nerfs, ce qui n'a pas lieu pour l'extirpation des névrômes sous-cutanés.

Après avoir fait l'incision de la peau dans l'étendue qu'il croit nécessaire, le chirurgien porte le doigt au fond de la plaie afin de reconnaître la position exacte et le volume de la tumeur; il agrandit la plaie extérieure s'il le juge utile, puis il divise l'aponévrose largement et de dehors en dedans, s'il n'y a ni artères, ni veines, ni nerfs volumineux dans le voisinage. Dans le cas contraire, il fait une ponction dans l'aponévrose, et, glissant ensuite sous elle une sonde cannelée, il l'incise avec sûreté dans l'étendue convenable; il examine alors de nouveau la situation et le volume de la tumeur. Les bords de la plaie étant maintenus écartés par un aide, le chirurgien incise les tissus sous-jacents et les dissèque avec précaution jusqu'à ce que la tumeur se montre à nu; celle-ci étant accrochée avec une éri-

gne et soulevée par un aide, il l'isole avec soin et prudence des parties qui l'entourent, et examine si par son pédicule elle tient à un nerf petit ou volumineux; dans le cas où le nerf auquel elle adhère ou avec lequel elle est confondue est petit, il peut sans crainte en couper les deux extrémités; mais si ce nerf au contraire est volumineux et important, il doit essayer d'en dégager la tumeur, de la disséquer minutieusement, pour conserver la continuité de ce nerf; cependant, quand ce nerf et la tumeur sont parfaitement confondus, il faut se décider à enlever la portion qui est en rapport avec la tumeur, en ayant soin de commencer la section par la partie supérieure de la tumeur afin de détruire la sensibilité de la partie pendant le reste de l'opération. Malgré la déperdition de substance que l'on fait éprouver à ces nerfs, il ne faut pas croire que la sensibilité et la myotilité soient nécessairement abolies pour toujours. Le rétablissement de ces fonctions finit souvent par s'opérer, et il ne reste presque plus de traces de leur interruption. On a pu emporter ainsi un ou deux pouces du nerf cubital, du nerf radial ou du nerf médian, sans qu'il en soit résulté d'accidents sérieux et sans paralysie permanente.

La tumeur étant enlevée, l'hémorrhagie arrêtée par les moyens connus, on panse, suivant l'état des parties, la plaie par première ou par seconde intention. Je vous ferai remarquer, à l'occasion de l'enlèvement de ces névômes sous-aponévrotiques, que le tissu cellulaire souple et lamelleux qui sépare les muscles transportant facilement au loin les inflammations et la suppuration, il ne faut pas trop insister sur la fermeture immédiate de la plaie, quand on ne croit pas pouvoir mettre en un contact parfait tous les points de la solution de continuité.

Il est bien rare que l'on soit obligé de pratiquer des opérations plus graves, des amputations, par exemple, pour des névômes. Cependant Louis, Odier, M. Warren, ont fait des amputations de membre pour des névômes, mais

on conçoit que cela ne devrait être fait que dans le cas où par sa dégénérescence la tumeur aurait profondément altéré le membre.

L'opération que je vais pratiquer devant vous pour l'extirpation de ce névôme sur le bras de ce malade sera très simple. Il s'agit d'un névôme sous-cutané placé à la face externe du bras, qui n'est en rapport avec aucun gros nerf ou vaisseau important, et dont l'enlèvement sera très prompt et sans danger. (M. Velpeau procède à cette opération à l'aide d'une simple incision longitudinale; la tumeur isolée, une certaine épaisseur du tissu cellulo-graisseux qui la recouvrait ayant été enlevé avec elle; il procède ensuite à la réunion par première intention. Le malade cessa immédiatement de souffrir, et au bout de quelques jours étant complètement guéri, il sortit de l'hôpital.)

Je dois maintenant entrer dans quelques détails sur l'extirpation des névômes dans les diverses régions du corps où ils peuvent se développer.

Névômes du membre thoracique. — Les névômes superficiels de la main ou de l'avant-bras doivent être enlevés de la même manière. On placera, pour faire l'incision de la peau, le membre de manière à ce que la tumeur soit en face de l'opérateur; la dissection et l'extirpation de la tumeur étant faites, on réunit par première intention. Dans un cas cité par Neumann, la tumeur qui existait depuis plus de trente ans occupait la partie inférieure et interne de l'avant-bras; après avoir incisé la peau, il fallut lier plusieurs artérioles, quoique le névôme n'eût que le volume d'un pois, et qu'il parût occuper un branche du nerf cutané. Du reste, on ne comprend point pourquoi Neumann n'osa pas aller plus loin et crut devoir s'en tenir aux narcotiques, puis aux caustiques, pour compléter cette opération. Le malade mourut d'apoplexie avant d'être guéri de sa plaie. Cette observation, comme vous le voyez, est donc fort peu concluante. S'il existait, comme chez un