

certaine période, et il se retrouve sur une grande longueur. La douleur initiale est aussi moins intense; mais sa sphère s'élargit peu à peu, et c'est surtout dans ces cas qu'il est indispensable d'explorer minutieusement tous les troncs nerveux du membre; c'est le meilleur moyen de saisir à son origine l'extension névritique. Du reste, les phénomènes sensitifs et moteurs, que nous allons signaler, l'indiquent bientôt par eux-mêmes.

Ces désordres sont communs, à part le mode d'évolution, aux deux formes de névrite; nous les rappellerons seulement, car ils ont déjà été en partie exposés à l'occasion des plaies nerveuses.

Troubles sensitifs. — C'est d'abord l'*hyperesthésie cutanée*, constante dans l'inflammation des nerfs, et qui en est souvent le premier indice. Elle se prolonge dans un rayon plus ou moins large autour de la plaie, ou bien elle s'étend dans le territoire du nerf blessé, mais le débordé souvent.

La causalgie est une forme extrême de cette hyperesthésie (voy. *Plaies des nerfs*).

La névralgie traumatique a déjà été étudiée: d'après Charvot, toute douleur persistante qui éclate après le quatrième jour, dans une plaie nerveuse, relève de la névrite (névralgies traumatiques secondaires de Verneuil), et il appuie ses conclusions sur les signes de névrite, l'induration du tronc nerveux, etc., fréquemment signalés dans les observations, sur l'état anatomique du nerf, constaté lors de névrotomie.

Enfin l'*anesthésie* est l'expression définitive de l'altération des tubes nerveux: elle est ordinairement complète et porte sur toutes les formes de la sensibilité.

Troubles moteurs. — Les *spasmes*, les *contractures*, qui affectent souvent la forme de crises, marquent la première période; on connaît les accès de trépidation épileptoïde, les spasmes et les tremblements presque rythmiques, dont les moignons névritiques sont fréquemment atteints. Plus tard, les *paralysies* ont la même signification que l'anesthésie totale: elles sont totales aussi, les réflexes sont abolis, la contractilité électrique des muscles diminue du quatrième au sixième jour, et peut disparaître dès le milieu du second septénaire; l'atrophie est rapide et profonde: autant de signes propres aux désordres musculaires qui relèvent de l'inflammation nerveuse.

La paralysie demande un certain temps pour s'établir, le temps nécessaire à la destruction totale du cordon nerveux; pourtant, dans un cas de Weir Mitchell, la paralysie était déjà manifeste trois semaines après l'accident, accompagnée de douleurs, de lésions trophiques, de tous les indices d'une névrite intense. Il faut, du reste, faire une place à part aux *paralysies tardives*, qui sont dues à la névrite ascendante ou à la névrite secondaire.

Troubles trophiques. — Nous ne répéterons pas l'exposé qui en a été fait au chapitre des *plaies des nerfs*.

L'*ascension thermique locale* semble assez fréquente au cours de la névrite. Hayem en rapportait en 1878 une observation curieuse: il s'agissait d'un blessé qui avait reçu un éclat d'obus dans le mollet gauche: on dut plus tard faire une série de débridements pour l'extraction du projectile et des séquestres. Trois ans après survinrent des troubles trophiques (ulcérations des orteils qui simulaient le mal perforant, etc.); l'élévation thermique était considérable du côté blessé, elle se chiffrait par une différence de 5 degrés en plus, dans un milieu chaud, de 19 degrés après refroidissement à l'air, le membre malade se refroi-

dissant beaucoup moins. Pour Hayem, cette hyperthermie locale était d'origine médullaire.

Du reste, la pathogénie névritique des lésions trophiques semble aujourd'hui avérée, et Charvot a fort bien exposé les points principaux de cette démonstration; elles ont souvent un caractère nettement phlegmasique, ainsi en est-il des arthrites, des pseudo-phlegmons, etc.; les sections incomplètes, les piqûres, les traumatismes qui portent sur les filets nerveux, font naître plus volontiers les complications trophiques que la section simple des gros troncs; enfin on ne les voit pas, ou d'une façon exceptionnelle, après les névrotomies chirurgicales. Mais il y a plus, et maintes fois la constatation anatomique est intervenue. Nous rappellerons encore qu'en dehors même du traumatisme, certaines variétés de troubles trophiques graves, et d'une pathogénie encore obscure, ont trouvé leur explication dans les altérations névritiques locales; il suffit de citer de nouveau le mal perforant; Pitres et Vaillard ont vérifié une fois de plus l'origine névritique que Duplay et Morat lui ont assignée. Dans deux cas de gangrène massive et symétrique des deux pieds, survenue spontanément, les lésions de la névrite parenchymateuse ont été retrouvées, sur les nerfs du membre, et dans une étendue qui atteignait parfois jusqu'à 20 et 50 centimètres.

Nous renvoyons à l'article *Plaies des nerfs* pour l'exposé de ces lésions trophiques; nous rappellerons seulement les atrophies osseuses, signalées par M. Moty à la suite des névrites traumatiques, spécialement des névrites consécutives aux fractures de jambe, et qui se traduisent alors par une diminution de longueur de la plante du pied.

Mais la névrite ne revêt pas toujours ces formes graves, et les variétés cliniques en sont fort nombreuses. Pourtant, d'une façon générale, sa marche répond à deux types: elle reste *locale* ou elle devient *extensive* et *ascendante*.

Locale, elle crée des lésions le plus souvent indélébiles; elle s'arrête alors, laissant derrière elle l'atrophie et l'anesthésie persistante, mais les retours aigus et l'extension envahissante sont toujours à craindre; les apparences de guérison ne sont souvent qu'une trêve prolongée.

Nous avons décrit plus haut la marche et les désordres successifs que provoque la névrite ascendante: douleurs symétriques et irradiées au loin, paralysies à distance, propagation au membre du côté opposé, quelquefois aux quatre membres: ce qui se produit alors, c'est la *myélite diffuse*, dont l'échéance fatale tarde plus ou moins longtemps.

Mais, avant d'en venir à cette « phase médullaire », le processus névritique passe par une « phase radiculaire », sur laquelle Gilles de la Tourette et Chipault ont attiré l'attention; chez les deux malades dont ils ont rapporté l'histoire, le brusque changement de caractère des crises douloureuses et leur topographie nouvelle ont permis de reconnaître nettement quelles voies radiculaires suivait l'infection ascendante⁽¹⁾.

Pronostic. — Le pronostic est donc toujours grave, et même dans les formes localisées et d'allure bénigne, il faut toujours craindre l'avenir, et songer aux accidents quelquefois tardifs. Il est évident que l'extension des douleurs et des paralysies à la sphère des nerfs voisins, et surtout à distance, dans le membre opposé ou plus loin encore, doivent accroître les inquiétudes, en annonçant la névrite ascendante.

⁽¹⁾ GILLES DE LA TOURETTE et CHIPAULT, *La phase radiculaire des névrites ascendantes traumatiques*. Presse médicale, 6 juin 1896.

Diagnostic. — Il est important qu'on puisse le poser de bonne heure, et c'est à un examen local soigné qu'il faut alors le demander.

Les douleurs du début sont mises parfois sur le compte d'une simple névralgie, mais les différences sont nombreuses : la douleur névralgique est surtout localisée en certains points, où la pression la réveille, et dont le siège est constant; le nerf est sensible sur toute sa longueur lors de névrite, du moins sur toute l'étendue que l'inflammation a envahie; ce nerf est gros et dur et une exploration minutieuse permet de palper exactement la plupart des nerfs périphériques. Enfin la paralysie et l'atrophie musculaires, les lésions trophiques constituent l'apanage exclusif de la névrite. Et même leur apparition, dans nombre de cas, montre qu'il faut ranger dans le cadre de la névrite ce qui jusque-là était considéré comme névralgie.

On ne confondra point la névrite traumatique avec les polynévrites spontanées, pourtant le traumatisme peut être oublié ou méconnu, et quelquefois il ne semble, du reste, avoir qu'une relation fort éloignée avec la complication actuelle. N'a-t-on pas vu la névrite ascendante succéder à des piqûres, à des contusions, à des blessures superficielles des doigts, qui avaient guéri sans difficulté? la thèse d'Avezou en renferme de multiples exemples. Il faut connaître ces faits, et la prédisposition toute spéciale des plaies des extrémités à provoquer les complications névritiques. Du reste les polynévrites périphériques sont, en général, plus diffuses, elles succèdent à des causes dont la plupart sont aujourd'hui bien connues (alcoolisme, saturnisme, fièvres, etc.), et l'ensemble des accidents nerveux qui les accompagnent leur imprime encore un cachet particulier⁽¹⁾.

En chirurgie, deux variétés de névrites non traumatiques doivent surtout retenir l'attention : la *névrite des cancéreux*, bien étudiée par Auché⁽²⁾, et les *névrites syphilitiques*. Les dernières, qui se voient surtout au cours de la période secondaire et qui paraissent affecter de préférence le nerf cubital, sont curables par le traitement spécifique; Gaucher⁽³⁾, Champenier⁽⁴⁾, Neumann, en ont rapporté des exemples; il y a lieu de distinguer, du reste, la névrite proprement dite dont nous parlons, des névrites secondaires, nées au contact des exostoses ou des périostoses syphilitiques (Barthélemy).

Il faut rechercher aussi, et reconnaître, à ses débuts, la névrite extensive et sa forme ascendante : nous avons assez parlé des phénomènes sensitifs et moteurs *collatéraux*, à *distance* et *symétriques*, pour ne plus revenir sur ces indices cliniques de la complication. En présence d'une myélite diffuse déjà constituée, il serait permis d'hésiter, et c'est à l'étude minutieuse des antécédents et de la succession des symptômes qu'il faudrait demander les éléments du diagnostic.

Traitement. — Il y a d'abord un traitement *préventif* de la névrite : c'est un

⁽¹⁾ Mœbius a signalé des névrites puerpérales, qui surviennent plus ou moins vite après l'accouchement, et qui portent sur le médian et le cubital, exceptionnellement sur les nerfs du membre inférieur. Leur origine infectieuse est évidente. *Münchener med. Wochenschr.*, 1887, n° 9 et 1890, n° 14. — Kast avait signalé en 1886 un fait analogue. Depuis, des exemples en ont été donnés par MM. Joffroy, Desnos et Pinard (*Acad. de méd.*, 27 nov. 1888), Whitfield (*Lancet*, t. I, p. 15, 1889) et par Tuilant, dans sa thèse (*De la névrite puerpérale*, 1891).

⁽²⁾ AUCHÉ, *Des névrites périphériques chez les cancéreux*. *Revue de méd.*, 1890, t. X, p. 785.

⁽³⁾ GAUCHER et BARBE, *Soc. de dermat.*, 10 janv. 1895. — GAUCHER et CHAMPENIER, *Ibid.*, 11 juillet 1895.

⁽⁴⁾ G. SERGENT et CHAMPENIER, *Soc. de dermat.*, 18 avril 1895. — CHAMPENIER, *Des névrites syphilitiques, et en particulier de la névrite cubitale de la période secondaire*. Thèse de 1895.

pansement rigoureux des plaies nerveuses, des plaies des extrémités: l'ablation des esquilles, des corps étrangers, la résection des bouts nerveux contus et dilacérés, la suture, quand elle est possible, enfin, condition essentielle, l'antisepsie locale. La complication a-t-elle déjà paru, les antiphlogistiques, l'immobilisation du membre, le sulfate de quinine doivent être mis en œuvre, mais sans qu'il faille leur accorder trop de confiance. Plus tard, c'est à des moyens plus directs, comme nous allons le dire, qu'il faut s'adresser. L'électrisation continue par séances régulières et de durée progressive, fournit parfois, bien et patiemment employée, des résultats inespérés. (Bérard, O. Berger.)

M. Delorme a préconisé la compression forcée, l'*écrasement*, et voici comment il formule son procédé : « Après avoir nettement déterminé l'étendue de la zone douloureuse, saisir le doigt (il s'agissait presque toujours des nerfs des doigts, chez les malades de M. Delorme) entre les pouces et les index superposés, et de toutes ses forces et d'emblée, pousser successivement sur tous les points en commençant par les zones les plus douloureuses, auxquelles on réserve le maximum de force de pression. Cette pression est exercée pendant quelques instants, quelques secondes, à cause de l'effort, de la dépense d'énergie, tant du côté de l'opérateur que du côté du malade. Le résultat est la disparition rapide de l'hyperesthésie. » Il est bien évident qu'on ne pourrait tenter l'application de ce procédé que sur certains nerfs superficiels, de compression aisée, et c'est, du reste, dans des cas de ce genre que M. Delorme est intervenu.

La névrite chronique est quelquefois sous l'influence d'une lésion locale, qui prête à une intervention; nous voulons parler de la névrite par compression, et en particulier, des désenclavements. Dans d'autres conditions, et surtout si le processus tend à prendre la forme ascendante, sans s'attarder longtemps, on aura recours à l'opération sanglante. Trois types d'intervention se présentent : l'*élongation*, la *névrotomie*, l'*amputation*.

L'*élongation*, pratiquée pour la première fois par Nüssbaum en 1869, et dont l'histoire complète ne saurait être faite ici, réussit dans la névrite, à la double condition d'être appliquée de bonne heure et de porter sur une portion de nerf que l'inflammation n'ait pas encore atteinte. Elle agit, et les expériences l'ont démontré, comme une section incomplète du cordon nerveux; il est donc probable que les tubes altérés se rompent les premiers, sous la traction. Mais elle agit aussi en libérant le cordon nerveux, par une sorte de *neurolyse*, et en modifiant fortement sa circulation. M. Mouchet (de Sens) a relaté récemment deux succès de ce genre : dans le premier, il s'agissait d'une paralysie du radial consécutive à une contusion; l'élongation de la branche terminale ramena presque immédiatement le mouvement et la sensibilité; il en fut de même dans le second cas, où l'on avait affaire à une paralysie du tibial postérieur, consécutive à une fracture bi-malléolaire vicieusement consolidée. Toujours est-il que le succès est loin d'être toujours immédiat; aussi a-t-on proposé de répéter plusieurs fois, à certains intervalles, l'opération. Si l'altération nerveuse est profonde et s'étend loin, la méthode n'est plus guère applicable.

La *névrotomie* se fait au-dessus du segment névritique, et c'est là une condition indispensable du succès; il faut que le nerf sectionné donne l'aspect d'un nerf sain, et que les tubes nerveux fassent relief sur la coupe. La réunion ultérieure des deux bouts rend inutile l'intervention; aussi sera-t-il souvent nécessaire de substituer la *névrectomie* à la névrotomie simple. On résèque jusqu'à 5 à 6 centimètres du cordon nerveux, et l'on peut, en outre, replier le bout

central et le fixer par un fil de catgut; enfin on aura soin de faire porter la résection nerveuse *très haut*, bien au-dessus du segment *névritique* ⁽¹⁾. On supprime ainsi la voie de propagation du processus inflammatoire et des douleurs, mais il existe des voies récurrentes, qui suffisent parfois à entretenir les accidents. Tripier, qui a bien mis ces faits en lumière, voudrait qu'on fit des sections simples et associées, intéressant plusieurs des nerfs du membre (*polynévrotomie*), et nous avons cité plus haut deux faits où la méthode avait réussi; c'est aussi à la *polynévrectomie* qu'on devra souvent recourir.

Enfin l'*amputation* doit être réservée pour les cas désespérés où l'extension ascendante de la névrite ne permet plus de rien attendre de l'élongation ni de la névrectomie. C'est l'élément douleur qui entre surtout en ligne de compte, dans cette détermination suprême; et l'intensité des souffrances est si atroce, en certains cas, que l'exérèse apparaît comme une dernière ressource, encore faudrait-il faire le sacrifice très large et porter très haut le couteau. C'est pour cela que, dans la névrite des moignons, la réamputation et même les réamputations successives ne donnent le plus souvent que des résultats très médiocres et très passagers, et que la *névrectomie haute* devient, en fin de compte, la seule méthode efficace.

CHAPITRE III

NÉOPLASMES DES NERFS

CORNIL, Sur la production de tumeurs épithéliales dans les nerfs. *Journal de l'anat.*, 1864. — HUETER, Myxom des Nervus Tibialis, zur Anatomie der Nervenmyxome, etc. *Arch. für klin. Chir.*, 1866, t. VII, p. 827-841. — COLOMIATTI, La diffusione del cancro lungo i nervi. Turin, 1876. — D'PLAY, Sarcome du nerf cubital. *Progrès méd.*, 1877, t. V, p. 885. — KRAUSSOLD, Beiträge zur Nerven Chirurgie, Sarcom des Nervus Medianus; Resektion eines 11 Centimeter langen Stückes; keine Sensibilitäts-Störungen. *Archiv für klin. Chir.*, 1877, t. XXI, p. 448-462. — BOULLY et MATHIEU, Sarcome du sciatique, résection du nerf, mal perforant. *Arch. gén. de méd.*, 1880. — CHWOSTEK, Ein Fall von Sarcom des rechten Nervus Facialis an dem Schädelbasis. *Wiener med. Presse*, 1885, t. XXIV, p. 1057-1060. — HOME, A case of sarcom of the internal popliteal nerve. *Lancet*, 1886, t. II, p. 544. — MAC BURNEY, Fibrosarcom of the median nerve, excision. *New-York med. Journal*, 1887, t. XLVI, p. 692. — PILLIET, Carcinome du sein, envahissement du plexus brachial. *Soc. anat.*, 1888. — OIRY, Sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithélioma pavimenteux lobulé. Thèse de doct., 1890. — PERET-GILBERT, Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres. Thèse de doct., 1891 (38 observ. analysées). — GARRÉ, Ueber sekundär maligne Neurome. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1892, Bd. IX, p. 465. — TH. KÖLLIKER, *Loc. cit.*, p. 108 (Stammneurome). — BOBROFF, Fibrosarcoma myxomatodes nervi ischiadici, Entfernung eines 12 cent. langen Stückes aus dem Ischiadicus. *Chir. Ann.*, 1895, p. 578. — O. SCHEVEN, Zur Technik der sekundär maligne Neurome. *Beiträge zur klin. Chir.*, 1896, Bd. XVII, p. 157. — H. HARTMANN, *Id.*, *ibid.*, p. 177.

L'article NÉVROMES (t. I) a bien marqué le sens précis qu'il faut réserver désormais à ce terme; nous n'aurons à étudier ici que les *néoplasmes proprement dits des nerfs*.

Ils répondent à deux types : 1° les uns, et ce sont surtout les tumeurs du type conjonctif, prennent leur origine dans le nerf lui-même, et naissent de son

⁽¹⁾ Voy. H. BEAUSSE, *Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance*. Thèse de doct., 1895-1896, n° 296.

stroma lamelleux ou du névritème : *néoplasmes primitifs*; 2° les autres résultent de la pénétration dans l'épaisseur du nerf des néoplasmes voisins : ce sont les *tumeurs par envahissement*.

Les tumeurs des nerfs ont l'étiologie obscure de tous les néoplasmes : on trouve signalés dans les observations les heurts, les froissements répétés et cette série de causes banales qu'il est inutile d'énumérer. Nous allons voir que l'envahissement secondaire obéit à un processus aujourd'hui très nettement déterminé.

I. NÉOPLASMES PRIMITIFS. — Ils dérivent presque tous du type conjonctif : ce sont les *fibromes*, les *sarcomes* et *fibro-sarcomes*, les *myxomes*, etc.

Förster aurait observé des carcinomes primitifs des nerfs, qui « ayant au début le volume d'une lentille, auraient amené, en se développant, la destruction complète du nerf » (Cornil et Ranvier); et Tillaux rapporte un cas de cancer mélanique primitif du nerf cubital enlevé par Velpeau. Mais ces faits exceptionnels attendent une confirmation.

Fibromes. — Ce sont les plus fréquentes des tumeurs des nerfs. Il faut les distinguer de ces petites masses inodulaires, fibreuses, que la périnévrite chronique produit quelquefois dans la gaine. De fait, ils naissent du névritème externe, ou de ses expansions intra-nerveuses, et, d'après Christot, les gaines de Schwann et leurs noyaux pourraient aussi en être l'origine. Dans un cas de fibromes multiples observé par Nicaise, chaque tumeur était due à l'accolement de petites masses fibreuses distinctes, développées dans l'intérieur de la gaine lamelleuse par prolifération du tissu intra-fasciculaire.

On a vu parfois le néoplasme enveloppé d'une capsule fibreuse très vasculaire, en continuité avec le névritème, et d'une épaisseur qui allait jusqu'à 2 millimètres. Ces tumeurs fibreuses sont souvent grosses comme une noisette, une noix; pourtant leur volume, dans quelques cas, égalait le poing, et R. Smith a observé un fibrome du nerf sciatique de 11 pouces de long sur 10 pouces de large. Plus fréquents aux membres qu'au tronc, et cela surtout aux membres supérieurs, plus fréquents sur les nerfs sous-cutanés, les fibromes sont assez souvent multiples sur le même tronc nerveux (J. Cloquet, Robert, Nicaise); un malade de Nélaton en présentait trois le long de la portion palmaire du médian. Lors de fibromes multiples, il n'est pas rare que le nerf devienne sinueux, et se pelotonne par places; on le dirait hypertrophié, mais il suffit de l'étirer pour lui rendre son aspect normal (Smith).

Le fibrome est très souvent mixte : c'est alors le fibro-sarcome; Johas, Foucault, Poinsot en ont donné des exemples. Dans le fait de Poinsot, il s'agissait d'un fibro-sarcome du nerf médian, au pli du coude, et la tumeur, du volume d'un gros œuf, était formée d'une couche périphérique de faisceaux fibreux entre-croisés, et d'un noyau de cellules fusiformes et d'éléments embryonnaires sarcomateux.

Ailleurs le néoplasme se ramollit, s'infiltré, se creuse de cavités, que remplit un liquide séreux, sanguin ou même purulent : c'est le fibrome kystique (Smith, Houel, Trélat, Poinsot). Disons tout de suite que les kystes des nerfs relèvent sans doute d'une semblable origine : ce sont des fibromes, des sarcomes, des myxomes kystiques.

Sarcomes. — Eux aussi peuvent être très gros, mais exceptionnellement, et l'on cite un cas de Marchand où la tumeur avait 16 centimètres de diamètre;

eux aussi sont parfois multiples : von Winiwarter en a trouvé plusieurs éche-
lonnés sur les branches du plexus brachial.

Mais, en règle, ils sont de moyen volume et uniques ; ils siègent sur le plexus
brachial, le médian (Grohe, Volkmann, Lannelongue) ; le cubital (Verneuil,
Demarquay, Foucault, Duplay) ; le sciatique (Verneuil, Marchand, Bouilly et
Mathieu) ; le tibial postérieur (Broca) ; le pneumogastrique (Sottas).

Ce sont presque toujours des sarcomes fasciculés, quelquefois semés d'îlots
hémorragiques, de kystes, de masses colloïdes et lipomateuses. Dans une pièce
de Verneuil, présentée par Muron à la Société anatomique, il y avait une infil-
tration muqueuse de toute la tumeur, et Grohe a vu un sarcome du médian, à
la paume de la main, qui s'était ulcéré.

Myxomes. — Ils se présentent sous l'aspect d'une tumeur fusiforme ou sphé-
roïde, légèrement lobée à la surface, transparente et de consistance gélatineuse ;
elle en imposerait souvent pour un kyste. La surface de coupe est jaune ou ver-
dâtre ; il s'en écoule un liquide filant, à base de mucine. Ici encore signalons les
formes mixtes, le *myxome kystique*, le *fibro-myxome*, le *myxome lipomateux*.

Les nerfs crâniens (optique, maxillaire inférieur) ; le radial ; le péronier
(Virchow, Gutteridge) ; le tibial postérieur (Dolbeau) ; le cubital (Lafargue) ;
telles sont les localisations dont témoignent les observations.

Il y a des traits communs dans l'anatomie pathologique de ces néoplasmes :
le point capital est leur situation par rapport au cordon nerveux, c'est elle qui
règle le degré d'altération du nerf et c'est elle aussi qui commande le mode
opératoire.

Lebert avait déjà établi une classification de ce qu'on appelait alors les
névromes fibreux ; ils sont : 1° *périphériques* ; 2° *inter-fibrillaires et centraux* ;
3° *latéraux* ; 4° *diagonaux*. En effet, le néoplasme d'origine névrlématique peut
encercler le nerf sur toute sa périphérie sans l'envahir ; il est, en quelque sorte,
contracté sur le tronc nerveux, qui le traverse de part en part et reste souvent
indemne ; ailleurs, la tumeur est obliquement jetée sur le trajet du cordon
nerveux (néoplasmes diagonaux de Lebert) ; ou bien elle est rejetée de côté
et rattachée à la gaine par une large implantation, quelquefois par un simple
pédicule (Lebert).

Dans un autre type, le néoplasme est central et le nerf se dissocie et l'entoure
d'une sorte de treillis ; ou bien il s'étale à sa face profonde en un réseau à
larges mailles. Toujours est-il que sa texture est modifiée plus profondément et
l'énucléation plus difficile.

Quel est, en effet, l'état anatomique du cordon nerveux lui-même ? Il varie
beaucoup et les lésions qu'on rencontre relèvent surtout de la compression.
Suffit-elle à interrompre la continuité d'un plus ou moins grand nombre de
tubes nerveux, c'est la dégénérescence wallérienne qu'on observe au-dessous
d'elle.

II. TUMEURS PAR ENVAHISSEMENT. — L'*épithélioma* et ses diverses variétés,
épithélioma pavimenteux lobulé, épithélioma cylindrique, épithélioma alvéo-
laire (carcinome), se propagent aux cordons nerveux par un double processus :
1° *par contact direct et envahissement sur place* ; 2° *par envahissement à
distance*.

Les exemples n'en sont pas rares ; c'est l'envahissement des branches du
plexus sacré, du sciatique et même du crural, dans l'épithélioma utérin

(Cornil) ; celui des nerfs intercostaux et du plexus brachial, dans le cancer
du sein (Pilliet) ; du nerf lingual et du grand hypoglosse, dans l'épithélioma de
la langue ou le cancroïde de la bouche ; du nerf dentaire inférieur, dans le can-
croïde de la lèvre inférieure ; du nerf sous-orbitaire, dans un épithélioma de la
paupière inférieure ; des nerfs facial et mentonnier, dans une tumeur analogue
de la face (Colomiatti) ; du nerf cubital à
la suite d'un épithélioma pavimenteux lobulé
de la main (Oiry).

Du reste ces faits ne datent pas d'hier,
et Cruveilhier, Schröder von der Kolk,
Broca, Neumann les avaient déjà signalés.
Mais c'est au professeur Cornil que sont
dues les premières recherches histologi-
ques précises (1864) ; un mémoire important
de Colomiatti (de Turin, 1876), une obser-
vation très complète de Pilliet, présentée
à la Société anatomique (1888), permettent
aujourd'hui d'exposer le mécanisme de cette
propagation épithéliomateuse.

Au contact d'un néoplasme, le nerf est
envahi de dehors en dedans par les élé-
ments épithéliomateux ; ils se groupent en
virole autour de chaque tronc nerveux, ils
végètent d'abord dans le névrlème, puis
à sa face profonde et s'infiltrent dans les
espaces inter-fasciculaires en refoulant les
tubes nerveux qui dégèrent. « La gaine
lamelleuse se trouve ainsi comprise entre
deux zones de tissu néoplasique ; en de-
dans de la gaine, il se forme deux centres
de production du tissu morbide : l'un ex-
terne au faisceau des tubes nerveux, l'autre qui occupe son centre » (Pilliet).

La propagation à distance peut se faire sur une grande longueur, 20 cen-
timètres, etc. ; et, dans l'observation d'Oiry, le nerf cubital était pris, dans
tout son trajet antibrachial, jusqu'à la hauteur de l'épitrôchlée. Il avait le
volume du petit doigt, sa gaine était restée à peu près intacte ; une fois
ouverte, il en sortit « une quantité considérable d'une substance granuleuse
ou écailleuse, blanche ou nacré, dont elle était comme gonflée ».

Le nerf, encore engainé par son névrlème, est segmenté par une série de
cloisons fibreuses qui s'en détachent et ainsi sont constituées une série de
logettes que remplissent les amas épithéliomateux ; à peine si l'on trouve çà et
là quelques tubes nerveux, au moins sur le segment le plus altéré.

Aux points où le processus d'envahissement est de plus fraîche date, la dispo-
sition est encore plus caractéristique. « On voit tout autour du faisceau de
tubes (sur une coupe transversale), entre la gaine lamelleuse et lui, une zone

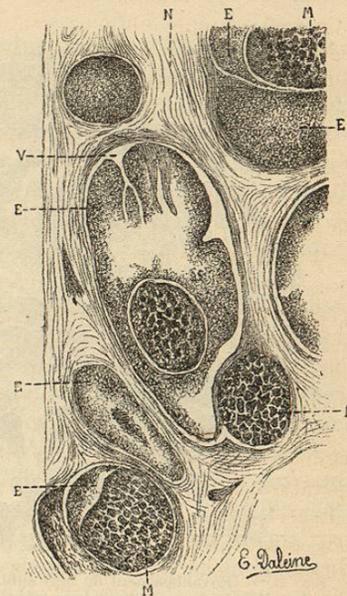


FIG. 50. — Coupe transversale du nerf sciatique dans un cas d'épithélioma à cellules cylindriques propagé de l'utérus à ce nerf (Cornil et Ranvier, *Histologie patholog.*, t. I, fig. 237) (1).

(1) Le tissu conjonctif inter-fasciculaire N est parcouru par les lobules épithéliaux de nouvelle formation E qui se développent dans la gaine lamelleuse. Les faisceaux nerveux M sont au contraire respectés (*id.*).