

paraît être la meilleure, le ramollissement des bouts nerveux ne permettant guère la suture directe. Le fil de lin très fin ou la soie fine est sans doute préférable au fil de catgut pour cette suture indirecte, à cause de la tendance des bouts nerveux à s'écarter. En cas de ruptures radiculaires, l'opération présentera de réelles difficultés, l'observation récente de TUFFIER<sup>1</sup> prouve qu'elles ne sont pas insurmontables, du moins pour les racines du plexus brachial.

<sup>1</sup> TUFFIER. *Loc. cit.*

### CHAPITRE III

#### NÉVRITE

Le terme de *névrite* prête à confusion ; on étudie en effet sous ce nom à la fois les inflammations nerveuses, les phénomènes de dégénération qui succèdent à la section d'un nerf, et aussi les altérations nerveuses consécutives aux intoxications et aux infections. Dans son remarquable article sur les névrites, BABINSKI<sup>1</sup> envisage successivement ces différents processus et montre la difficulté qu'il y a à les dissocier si l'on s'en tient aux considérations anatomo-pathologiques.

En chirurgie, nous avons le droit, il me semble, d'établir une distinction plus tranchée. Il y a tout intérêt à séparer les phénomènes de dégénération et de régénération nerveuse de la névrite proprement dite. Celle-ci suppose l'intervention d'un agent septique ou l'action d'une substance irritante, toxique. Au temps où l'on usait si libéralement des antiseptiques dans le cours des opérations ou dans le pansement des plaies, il est probable que l'acte chirurgical a souvent contribué inconsciemment, et pour une part importante, au développement du processus névritique. Les expériences d'ARNOZAN et SALVAT<sup>2</sup>, de PITRES et VAILLARD<sup>3</sup>, ont montré l'action nocive pour les nerfs de certaines substances telles que l'éther, l'iode, l'alcool, le chloroforme, l'ammoniaque, etc. SCHWARTZ<sup>4</sup> a observé une névrite du crural à la suite d'une injection d'éther iodoformé dans un abcès de la gaine du psoas.

<sup>1</sup> BABINSKI. *Traité de médecine*. Charcot-Bouchard, t. VIII, p. 649.

<sup>2</sup> SALVAT. *Thèse de Bordeaux*, 1884, n° 4.

<sup>3</sup> PITRES et VAILLARD. *Gazette médicale de Paris*, 1887, p. 256.

<sup>4</sup> SCHWARTZ. *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, t. IV, p. 94.

La chirurgie nerveuse, doit donc être avant tout aseptique. Malgré tout, on ne peut pas éviter l'infection de la plaie nerveuse, et c'est là le point de départ, la cause première de la névrite. La clinique a montré depuis longtemps qu'une section nerveuse aseptique n'entraîne que des troubles limités ; la perte de la sensibilité est passagère, et la paralysie motrice est elle-même atténuée par la suppléance fournie par les muscles et les jointures voisines, jusqu'au jour où la régénération nerveuse, d'autant plus rapide qu'il n'y a pas d'infection, ramène la vie aux muscles momentanément inertes. Quant aux troubles trophiques, ils sont réduits au minimum, les rameaux nerveux intacts du voisinage suffisant presque à assurer la nutrition des tissus. Qu'une infection survienne, non seulement la régénération est retardée et même complètement empêchée, mais on voit apparaître des douleurs vives, l'atrophie musculaire est extrême et les troubles trophiques, c'est-à-dire les escarres, les pseudo-phlegmons, les arthropathies, etc., prennent une importance prépondérante.

#### ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Toutes les plaies des nerfs exposent à la névrite mais cette complication est particulièrement fréquente dans certaines conditions et notamment quand il s'agit d'une plaie contuse. Aussi les projectiles d'armes à feu, balles ou grains de plomb, les extrémités pointues d'os fracturés, les esquilles produisent-elles fréquemment cette lésion. D'autant plus que la présence de corps étrangers (esquilles, balles, débris de vêtement), favorise encore la névrite, en provoquant et en entretenant l'infection.

C'est surtout sur les filets nerveux terminaux, au niveau des doigts ou des orteils, plutôt que sur les troncs nerveux plus importants, qu'on la rencontre.

A la suite des amputations il était fréquent jadis d'observer de la névrite du moignon ; celle-ci pouvait n'être que la conséquence d'une infection antérieure ayant nécessité elle-même l'amputation, mais, souvent aussi, elle était créée de toutes pièces par l'opération. C'est dans ces cas qu'on trouve à la dissection du moignon les nerfs terminés par de gros renflements dits

névromes d'amputation. Ces tumeurs ne résultent pas seulement de la section nerveuse mais aussi d'un certain degré d'infection de la plaie opératoire ; on les réduira au minimum par l'application d'une asepsie rigoureuse.

La névrite peut encore succéder à une simple contusion, ou à une compression nerveuse sans qu'il y ait de plaie des téguments. Le nerf broyé, écrasé par un violent traumatisme, ou encore enclavé dans un cal de fracture, devient le point de départ de douleurs vives et de troubles trophiques accentués. L'infection n'a pas pu se produire par pénétration directe de microorganismes, puisque les parties molles sont intactes, et de fait beaucoup d'auteurs nient l'infection de la plaie dans ces conditions. On peut cependant admettre qu'elle s'est faite par la voie sanguine. Cette hypothèse mériterait d'être soumise au contrôle de l'expérimentation ; sa réalité permettrait d'expliquer ce fait que les contusions nerveuses ne sont pas toujours suivies des mêmes effets ; l'une n'entraînant que des troubles temporaires analogues à ceux qui résultent d'une section nerveuse tandis que l'autre est suivie de tous les accidents qui caractérisent la névrite, et cependant, dans les deux cas, l'examen histologique révèle les mêmes lésions.

Les *phlegmons*, les *abcès* sont parfois suivis de névrite. On a signalé la névrite du plexus lombaire et en particulier des nerfs abdomino-génitaux dans l'abcès périnéphritique. Le nerf crural, et surtout le sciatique, sont parfois envahis dans les abcès de la fosse iliaque et dans les inflammations péri-utérines. CHARVOT<sup>1</sup> a observé un fait d'inflammation du nerf cubital à la suite d'un hygroma supprimé du coude. De même SCHWARTZ<sup>2</sup> a cité un cas de névrite du médian consécutif à un phlegmon des gaines synoviales de la paume de la main.

Les *ostéites* se propagent également parfois aux nerfs environnants, qu'il s'agisse d'ostéomyélite simple, aiguë ou subaiguë, ou d'infection tuberculeuse. On connaît les lésions des nerfs inter-

<sup>1</sup> CHARVOT. Archives générales de médecine, 1885, 7<sup>e</sup> série, t. XVI, p. 451.

<sup>2</sup> SCHWARTZ. Traité de Chirurgie clinique et opératoire, t. IV, p. 96.

costaux et d'une façon générale des nerfs rachidiens dans le mal de POTT, celles du facial dans la carie du rocher. KIENER et POULET ont attiré l'attention sur les névrites développées au voisinage des tumeurs blanches. SCHWARTZ<sup>1</sup> a vu une névrite du radial consécutive à une ostéopériostite de l'extrémité inférieure de l'humérus terminée par hyperostose, et le même auteur rapporte un fait de névrite secondaire à une ostéomyélite aiguë, observée par LERENINE<sup>2</sup>.

Signalons encore les névrites consécutives aux brûlures, aux gelures, aux adénites et adénophlegmons, et aux phlébites. QUÉNU<sup>3</sup> a eu le mérite de montrer les rapports qui unissent la névrite sciatique et la phlébite variqueuse.

En résumé, nous voyons que l'inflammation née dans les différents tissus de l'organisme, peut se propager aux troncs nerveux et provoquer la névrite. On a beaucoup insisté sur la résistance des nerfs aux suppurations; des filets nerveux baignant dans le pus d'un abcès ont été trouvés sains. De fait, la gaine lamelleuse qui enveloppe les nerfs leur constitue une protection longtemps efficace; mais à un moment donné, elle finit par céder et l'inflammation envahit alors promptement les fibres nerveuses. CORNIL et RANVIER ont démontré expérimentalement la résistance opposée par la gaine péri-nerveuse à l'invasion leucocytaire, mais, sitôt que cette gaine est entamée, l'infection se propage rapidement.

La névrite externe ou chirurgicale paraît donc être essentiellement de nature infectieuse, qu'elle succède à une plaie septique accidentelle ou opératoire, à une inflammation du voisinage. Dans le premier cas, il s'agit d'une véritable inoculation septique et dans le second d'une propagation directe. Nous avons dit plus haut que nous pensions pouvoir attribuer la névrite par contusion ou compression nerveuse à la même cause, l'infection, en admettant que cette fois l'inflammation gagne le tronc nerveux par la voie sanguine.

<sup>1</sup> SCHWARTZ. *Loc. cit.*

<sup>2</sup> LERENINE. *Ann. de chir. de Moscou*, vol. IV, fasc. 5, 1894.

<sup>3</sup> QUÉNU. *Société de chirurgie*, 8 février 1888, p. 130.

La pathologie médicale nous offre des exemples de cette infection nerveuse d'origine sanguine; la plus remarquable est la névrite puerpérale bien étudiée par TUILANT<sup>1</sup>, et, plus récemment, par BAYLE<sup>2</sup>.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES. — D'ABUNDO a produit chez les animaux des névrites sciatiques infectieuses en injectant dans la gaine, ou dans le voisinage du nerf, un liquide tenant en suspension des cultures vivantes du bacille typhique, du pneumocoque de Friedlander, du bacille de la tuberculose. Il serait intéressant de poursuivre cette étude expérimentale qui, associée aux recherches histologiques et bactériologiques permettrait d'élucider cette question de pathogénie.

**Classification.** — NÉVRITE AIGUE ET NÉVRITE CHRONIQUE. — Habituellement la névrite débute par des accidents aigus, puis peu à peu les symptômes s'amendent et la guérison survient ou bien la maladie passe à l'état chronique. Cette dernière évolution est de beaucoup la plus fréquente, et c'est là un des caractères les plus importants de la névrite. La phase aiguë est plus ou moins intense, mais elle est toujours de courte durée, tandis que la phase chronique est extrêmement longue. Une fois la lésion créée par l'infection, celle-ci disparue, le processus névritique continue à évoluer. De plus la névrite d'origine externe a une tendance remarquable à l'extension dans les deux sens, vers la racine du nerf, vers la moelle, c'est la névrite ascendante et aussi vers la périphérie, vers les filets terminaux, c'est la névrite descendante.

Tendance marquée à l'extension, évolution chronique parfois indéfiniment prolongée, tels sont les deux points qu'il faut bien mettre en avant.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la névrite chirurgicale sont très vagues. Ce sont surtout les névrites médi-

<sup>1</sup> TUILANT. Thèse de doctorat, Paris, 1891, n° 252.

<sup>2</sup> BAYLE. Thèse de doctorat, Lyon, 1896-1897.

cales toxiques qui ont été étudiées. Expérimentalement, on a provoqué des irritations des nerfs avec des substances telles que l'éther, l'iode, etc., mais il n'est pas prouvé que ces lésions produites par des corps aseptiques et caustiques soient semblables à celles qui succèdent à l'infection d'une plaie nerveuse. D'après les recherches de PIRRES et VAILLARD, l'injection d'éther produit au point de l'injection une nécrose aseptique du nerf; au-dessus et au-dessous on trouve des altérations absolument comparables à celles qu'a obtenues RANVIER par la simple section nerveuse, c'est-à-dire la dégénération complète du bout périphérique et limitée du bout central. Les travaux de GOMBAULT et de LETULLE ont trait à des névrites toxiques, saturnine et mercurielle, et ne peuvent nous servir pour l'étude de la névrite traumatique.

A l'œil nu, un tronc nerveux enflammé dans le fond d'une plaie septique se présente avec les caractères suivants : il est tuméfié, de coloration rosée ou rougeâtre; à sa surface existe un fin piqueté hémorragique correspondant à de petites ecchymoses sous-névrilematiques. S'il est coupé, la surface de section présente le même pointillé rouge, hématique. D'autres fois, les ruptures des vasa nervorum sont moins nombreuses; au lieu de la coloration rosée, le nerf prend une teinte grisâtre par suite de la destruction partielle de la myéline qui lui donne sa coloration blanche normale. Sa consistance est remarquable, il est mou, pulpeux, presque diffluent. Ultérieurement, lorsque l'inflammation passe à l'état chronique, la consistance devient plus ferme qu'à l'état normal. La tuméfaction persiste plus ou moins accentuée; elle est régulière, donnant au tissu nerveux l'aspect d'un cordon fusiforme ou cylindrique, ou bien elle est formée d'une série de renflements échelonnés en grains de chapelet. La coloration est blanche ou grisâtre.

Histologiquement ce sont les lésions de sclérose qui dominent à cette phase chronique. Le névrième est épaissi, et, par places, soulevé par de petites indurations circonscrites, véritables petits fibromes inflammatoires. La sclérose envahit le tissu conjonctif péri et intra-fasciculaire, les faisceaux nerveux sont comprimés, étouffés. Dans chacun de ces faisceaux à côté des tubes nerveux intacts, il en existe d'autres dont les noyaux de la gaine pro-

toplasmique de MAUTHNER ont proliféré, segmenté la myéline et même détruit le cylindraxe. Certaines fibres nerveuses sont réduites à un tube vide constitué par la gaine de SCHWANN. Ces altérations de névrite parenchymateuse sont comparables à celles qui succèdent à la section d'un nerf; ce qui diffère, c'est l'inégalité dans la répartition des lésions, certains tubes étant intacts tandis que d'autres sont complètement détruits. La prolifération active du tissu conjonctif et sa transformation en tissu fibreux cicatriciel est également caractéristique de la névrite.

Les névrites ascendantes et descendantes que j'ai déjà signalées ont été peu étudiées, du moins au point de vue chirurgical. Les irritations produites par piqûre ou par injections caustiques, ou encore par arrachements de nerfs, comme dans les expériences du professeur HAYEM, ne correspondent pas aux névrites septiques que nous envisageons ici. En sorte que les lésions ascendantes et médullaires observées par cet auteur, ne sont peut-être pas applicables aux névrites chirurgicales, par plaies ou par propagation d'un foyer inflammatoire.

BABINSKI<sup>1</sup> admet que « les altérations ascendantes consécutives aux névrites de cause externe sont des lésions des racines et de la moelle du type atrophique toujours très discrètes comparées à celles des nerfs... Les lésions d'ordre dégénératif semblent exceptionnelles ou en tout cas très limitées ».

WEIR MITCHELL, TIESLER ont produit chez le lapin des névrites ascendantes septiques avec abcès dans la gaine nerveuse et lésions de la moelle.

Le professeur BERGER<sup>2</sup> a rapporté un fait de névrite sciatique suppurée avec extension de la suppuration à la moelle, consécutivement à une élévation pour tabes.

#### SYMPTÔMES

**A. Névrite aiguë.** — L'inoculation septique d'une plaie nerveuse se caractérise au bout de quelques heures ou de quelques

<sup>1</sup> BABINSKI. *Loc. c. t.*

<sup>2</sup> BERGER. Société de chirurgie, 1884, p. 945.

jours par une douleur vive. On constate parfois de légers signes d'infection générale caractérisés par quelques frissonnements et une élévation modérée de la température. Ces symptômes peuvent d'ailleurs dépendre tout autant du dépôt des produits virulents dans le tissu cellulaire et de leur résorption par la voie lymphatique que de l'infection nerveuse. La douleur siège au niveau de la blessure du nerf; elle irradie bientôt vers la périphérie et vers les centres, se propageant même à d'autres troncs nerveux que le traumatisme n'a pas atteints. Sur une douleur continue, se greffent des crises aiguës revenant par intervalles. La plus légère pression, le moindre effleurement suffisent pour exagérer encore la sensation pénible. Une palpation attentive dans les névrites superficielles permettrait de sentir un cordon volumineux répondant au nerf tuméfié; mais dans la forme aiguë, à douleurs extrêmement vives, cette exploration est impossible.

Au bout de quelques jours les phénomènes septiques s'amendent, la lymphangite qui accompagne si souvent la névrite sous forme de trainées et de plaques rouges pâlit, les douleurs s'atténuent également. Tout peut rentrer dans l'ordre si l'infection est minime, et la blessure insuffisante pour entraîner la dégénération du segment nerveux périphérique, la guérison se fait au bout de quelques jours.

**B. Névrite chronique.** — Plus souvent la névrite passe à l'état chronique; parfois même la phase aiguë a été si courte, si atténuée, qu'elle passe inaperçue, et la névrite est dite « chronique d'emblée ». Quoi qu'il en soit, cette névrite chronique se manifeste par un ensemble de symptômes caractéristiques qu'il nous faut passer en revue; ce sont des troubles sensitifs, des troubles moteurs et surtout des troubles trophiques. Nous avons déjà signalé ces différentes altérations à la suite des sections nerveuses comme signes de la dégénération nerveuse, nous verrons chemin faisant que les manifestations de la névrite sont toutes différentes des symptômes de la simple dégénération.

<sup>1</sup>° TROUBLES SENSITIFS. — Les troubles sensitifs consécutifs à une section nerveuse aseptique sont caractérisés avant tout par l'anes-

thésie; les douleurs sont faibles ou nulles, au point de la blessure nerveuse.

Dans la névrite, l'anesthésie est accessoire; elle est habituellement tardive et incomplète et ne survient que lorsque les progrès des névrites parenchymateuse et interstitielle chroniques ont provoqué la destruction des tubes nerveux et l'atrophie du nerf. Au contraire les douleurs priment tout; elles varient d'un cas à l'autre. Faibles, localisées parfois, elles sont d'autres fois extrêmement vives, déterminant une hyperesthésie cutanée telle qu'il est impossible de palper la région du nerf enflammé. On rencontre assez fréquemment ces douleurs persistantes à la suite des panaris et des phlegmons de la main, traduisant l'envahissement des nerfs collatéraux des doigts. L'hyperesthésie cutanée porte le nom de *causalgie*, elle s'accompagne d'un état lisse de la peau tout à fait spécial, indice d'une altération trophique que WEIR MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN ont nommée *glossy skin*. Comme dans la névrite aiguë, la douleur s'accroît par moments sous forme de crises extrêmement pénibles, que celles-ci se développent spontanément ou qu'elles soient produites par la cause la plus insignifiante, par l'ébranlement le plus léger. Ce sont des douleurs lancinantes, contusives, fulgurantes, des sensations de brûlures, de broiement. Elles se propagent à distance, dans des territoires nerveux éloignés de la zone primitivement atteinte. Tel malade sera particulièrement sensible au froid, tel autre souffrira d'autant plus que la peau sera plus sèche. Il faut lire dans le livre de WEIR MITCHELL l'histoire de ces malheureux atteints de névrite grave, dont l'unique préoccupation, l'unique souci dans la vie est d'atténuer leur souffrance et de prévenir le retour des accès par tous les moyens possibles. Le système nerveux tout entier ne tarde pas à ressentir le contre-coup d'un tel ébranlement. D'autant plus qu'il est fréquent de voir les accidents se présenter avec toute leur intensité chez des sujets prédisposés de par leur tempérament et leurs antécédents névropathiques. A la pâleur et à l'amaigrissement, s'ajoute une expression du visage caractéristique traduisant l'état perpétuel de terreur et d'angoisse dans lequel ils vivent. Le caractère devient triste, irascible; les malades perdent toute énergie et tombent

dans un état de cachexie et de neurasthénie des plus inquiétants.

Heureusement les névrites se présentent rarement sous une forme aussi grave. Dans la grande majorité des cas, les douleurs sont moins vives et reviennent seulement par intervalles, permettant aux malades de reprendre presque leur vie habituelle. Néanmoins, à la longue, le système nerveux subit une véritable déchéance et, pour peu que les malades y soient prédisposés, on voit apparaître chez eux les différentes manifestations de l'hystérie, de l'épilepsie ou de la neurasthénie.

2° TROUBLES MOTEURS. — On peut constater des phénomènes parétiques et même paralytiques dans la névrite, mais ce sont surtout les *spasmes* et les *contractures* qui la caractérisent. Les spasmes étaient fréquents jadis dans la névrite des moignons. Les crises douloureuses s'accompagnent souvent de contractions fibrillaires et même de contracture véritable. A la longue, les spasmes et les contractures entraînent des rétractions musculaires. Les réflexes sont diminués ou abolis, la contractilité électrique des muscles a disparu alors qu'ils réagissent encore à l'incitation de la volonté. Ce qui est particulièrement frappant c'est l'*atrophie* rapide qui fait littéralement fondre un membre, ou un segment de membre, en quelques semaines.

On a cité des faits de paralysie précoce; ils sont rares, et souvent peut-être n'a-t-on pas suffisamment discerné les troubles consécutifs à la section nerveuse de ceux qui relèvent de la névrite. Lorsqu'un nerf a été coupé, la dégénération du bout périphérique entraîne rapidement la paralysie des muscles correspondants, sans qu'il se produise ni spasmes ni contractures. Inversement, un nerf piqué par un instrument septique réagit sous forme de spasmes et de contractures, mais la plupart des fibres nerveuses, restant intactes, il n'y a pas de paralysie. Dans une section septique il peut y avoir coexistence de paralysie et d'accidents névritiques, cette paralysie précoce dépendant de la dégénération nerveuse. A la longue, lorsque le processus scléreux de la névrite interstitielle a détruit les fibres nerveuses, on voit survenir des phénomènes parétiques ou même paralytiques. Ces

paralysies tardives sont beaucoup plus importantes que celles du début, car elles dépendent réellement de la névrite.

3° TROUBLES TROPHIQUES. — Dans les sections nerveuses simples les troubles trophiques sont réduits au minimum, dans la névrite ils prennent une très grande importance. Au niveau des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, ils se caractérisent par de la rougeur des téguments, de l'œdème. La peau est épaissie, indurée; les poils et les ongles sont hypertrophiés et déformés. Les poils sont secs et cassants, de même les ongles s'incurvent, s'écaillent; ils présentent fréquemment des stries transversales. Par endroits, la peau est brune, fortement pigmentée; par ailleurs elle est blanche, décolorée, les poils eux-mêmes deviennent blancs: c'est une plaque de vitiligo, d'origine dystrophique. L'eczéma est exceptionnel. Signalons encore les éruptions de zona, les furoncles, les anthrax, les bulles de pemphigus, les pustules d'ecthyma, les maux perforants, les escarres. Dans la forme grave, la peau est rouge, lisse, glabre, amincie, comme vernissée (*glossy skin* des Américains). Les troubles vaso-moteurs se manifestent par des sensations de froid et de chaleur, par une ascension de la température locale (HAYEM), par des sueurs abondantes, ou au contraire par une sécheresse anormale des téguments. Dans le tissu cellulaire sous-cutané il se produit des indurations localisées rappelant l'aspect des phlegmons. Plus rarement on voit survenir des phlegmons gangréneux par infection de ces tissus dont la vitalité est très amoindrie.

Aux doigts et aux orteils les lésions envahissent tous les tissus depuis la peau jusqu'à l'os. L'onxyx, l'ongle incarné sont fréquents. Le doigt s'enflamme, se tuméfie, la peau qui le recouvre est rouge, lisse, il est le siège de vives douleurs. La suppuration apparaît d'abord superficielle, qui gagne peu à peu la profondeur. Le doigt gros, violacé ou rosé, dur, avec des trajets fistuleux conduisant sur un os nécrosé, friable, présente un aspect tout particulier que MORVAN a décrit sous le nom de *panaris analgésique*. C'est un véritable ulcère trophique profond connu au pied sous le nom de mal perforant.

Outre ces lésions d'ostéite infectieuse liées à l'évolution d'une

ulcération et qu'on rencontre presque exclusivement aux extrémités, aux doigts ou aux orteils, la névrite se manifeste encore sur le système osseux par une atrophie, une raréfaction qui diminue la solidité du squelette et expose aux fractures spontanées. MORY<sup>1</sup> a insisté sur ces atrophies osseuses consécutives



Face antérieure.

Fig. 92.

Troubles trophiques névritiques consécutifs à une plaie de la paume de la main (RICARD et BOUSQUET).



Face postérieure.

Fig. 93.

aux névrites chroniques d'origine traumatique. Elles surviennent à la suite des plaies contuses, des entorses, des luxations, des fractures et se localisent surtout aux extrémités. Chez un individu ayant subi un double traumatisme du membre inférieur gauche, fracture de jambe et fracture du col du fémur, il exis-

<sup>1</sup> MORTY. Congrès français de chirurgie, 1892, p. 249.

tait un an plus tard un raccourcissement du pied gauche de 3 centimètres « à ce point que son pied gauche semblait appartenir à une autre personne que son pied droit ». La radiographie permet de décélérer ces altérations osseuses et montre qu'elles sont souvent plus étendues qu'on ne pourrait le supposer a priori. C'est surtout vers les extrémités qu'elles sont accentuées, au niveau du squelette de la main ou du pied. Au lieu de donner une zone sombre sur l'épreuve radiographique comme des os normaux, ces os raréfiés sont remarquablement clairs, presque complètement perméables aux rayons RÖENTGEN.

Les articulations sont également atteintes; sans parler des attitudes vicieuses, des subluxations consécutives aux atrophies, puis aux rétractions tendineuses et musculaires bien étudiées par COUYBA<sup>1</sup>, on rencontre dans la névrite de véritables *arthrites* et *arthropathies*, avec altérations et déformations des surfaces articulaires. BLUM<sup>2</sup> et ARNOZAN<sup>3</sup> en ont donné une bonne description. Les lésions articulaires sont souvent masquées en partie par de l'œdème et de l'empatement des parties molles avoisinantes, notamment au niveau des gaines tendineuses péri-articulaires. La tumeur dorsale du poignet, si fréquente dans la paralysie radiale d'origine saturnine, est un trouble trophique de ce genre qu'on a signalé également à la suite de plaie nerveuse (NICAISE).

#### MARCHE. — PRONOSTIC

Nous avons vu que la névrite aiguë était toujours de courte durée; par contre la névrite chronique qui lui succède le plus souvent, persiste parfois avec une ténacité désespérante. Sans compter que, dans ces formes prolongées, la névrite suit une marche extensive, vers la racine du nerf et vers ses ramifications terminales. La névrite ascendante la plus grave des deux gagne la moelle, y crée des lésions de myélite et peut de là se propager

<sup>1</sup> COUYBA. Thèse de doctorat, Paris, 1871, n° 138.

<sup>2</sup> BLUM. Thèse d'agrégation, 1875.

<sup>3</sup> ARNOZAN. Thèse d'agrégation, 1880.