

soient avertis, par une sensation de fraîcheur provoquée par l'humidité du linge, que l'acte qu'ils avaient tenté en vain d'accomplir, s'est effectué involontairement. Cette anesthésie ne paraît pas se rencontrer à titre d'affection indépendante; elle serait toujours d'origine centrale.

Les troubles moteurs dans les muscles présidant à l'évacuation de l'urine et à l'occlusion de la vessie, consistent en un état de paralysie ou en un état d'excitation: le ténésme vésical appartient à l'excitation, la faiblesse ou parésie de la vessie à la paralysie; tous les deux s'observent soit à titre de symptôme dans certaines inflammations chroniques de l'urètre, ou dans différentes affections spinales, soit à titre de maladie indépendante, d'origine purement nerveuse. Le besoin fréquent d'uriner, qui se montre parfois au bout de 3 à 5 minutes, et qu'exagèrent encore les boissons alcooliques, s'accompagne souvent d'un spasme des muscles du bulbe, provoquant, pendant la miction, de vives douleurs spastiques dans le périnée et les cuisses.

Comme **traitement**, on essaiera d'abord toute la série des médicaments réputés antinévralgiques; la cocaïne a été recommandée dans ces derniers temps, mais on n'a eu guère à enregistrer que des succès. A l'aide d'un examen minutieux et souvent répété, on parvient parfois à déceler quelque malformation ou anomalie de l'un ou l'autre genre, un prépuce trop long ou adhérent, un rétrécissement mal dilaté ou complètement négligé, une courbure ou une position défectueuses de l'utérus, certains états pathologiques du rectum, etc. Alors, le traitement de l'affection fondamentale est la condition essentielle de la guérison; sous son influence, la névralgie que l'on doit considérer comme une névrose réflexe, s'améliore et finalement disparaît. L'énurèse nocturne, qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les enfants, mérite souvent d'être rangée parmi ces névroses réflexes: d'habitude elle est provoquée par une irritation siégeant dans le canal de l'urètre ou à son orifice, une inflammation, de légères adhérences de la muqueuse dans la partie profonde, un orifice trop étroit; ici encore, le traitement de l'affection fondamentale s'impose: la dilatation de l'urètre postérieur à l'aide d'un instrument spécial, a souvent donné des succès remarquables (*Oberländer, Berlin. klin. Wochenschr.* 1888, 31).

Le plexus coccygien peut également devenir le siège de douleurs névralgiques; la coccygodynie, que l'on rencontre surtout chez la femme, consiste dans l'apparition de douleurs vives, parfois intolérables, occupant la région coccy-

gienne, douleurs s'exaspérant par accès, pendant la défécation particulièrement. Les causes sont obscures; on peut cependant admettre qu'elle est souvent d'origine réflexe; aussi, chez l'homme surtout, le traitement des voies uro-génitales, dirigé soit contre une sensibilité trop grande de la partie prostatique de l'urètre, soit contre tout autre anomalie, est parfois suivi d'un succès éclatant. Dans certains cas, les douleurs apparaissent pendant le sommeil, sans cause appréciable; d'autres fois, le traumatisme joue un rôle dans leur production, je les ai souvent observées chez les hystériques et les neurasthéniques. Dans les cas douteux, on a recouru à l'excision du coccyx pour mettre un terme à des souffrances intolérables: cette opération n'est indiquée que si l'on a épuisé tous les autres moyens thérapeutiques, particulièrement l'application du pinceau faradique.

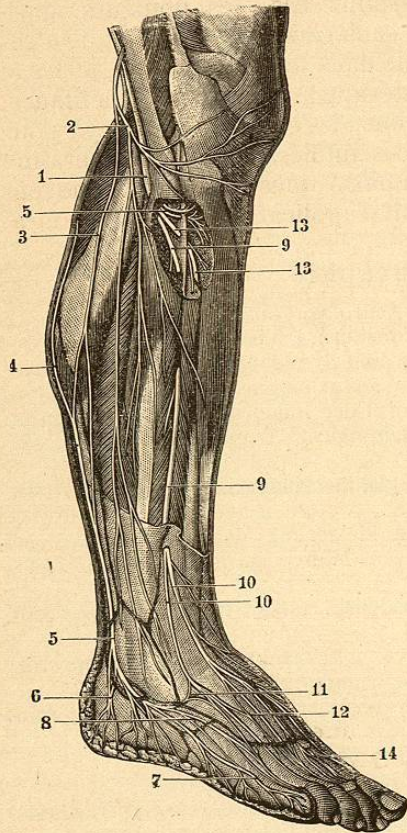
Bibliographie.

- Hammond, Neuralgie des Hodens. *Neurolog. Contribut.* 1881, 1, 3.
 Sutton, Cruralneuralgie bei Zahnkünstlern, *Lancet.* 1882, II, 4.
 Engelhardt, Zur Genese der nervösen Symptomencomplexe bei anatomischen Veränderungen in den Sexualorganen. Stuttgart, Enke.
 Englisch, Ueber eine besondere Form der Hämorrhagie an den Unterextremitäten (Hämorrhagia neuralgica). *Wien. med. Blätter* 1885 24—26.
 Barbillon, Ueber Hyperaesthesia plantae bilateralis. *Progr. méd.* 1885, XIII, 19.
 Strümpell, und Möbius, Ueber Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankung peripherer Nerven. *Münch. med. Wochenschr.* 1886, XXXIII, 14.
 S. Laache, Norsk Magaz. f. Lagevidensk. 1886, 4 R., I., 19. (Hyperesth. plantaire).
 Oberländer, Zur Kenntniss der nervösen Erkrankungen am Harnapparate des Mannes. *Volkman'sche Sammlung klin. Vortr.* 1886, 275.
 Adamkiewicz, Ein seltener Fall von Neuralgie im N. pudendus communis mit glücklichem Ausgange. *Bresl. ärztl. Zeitschr.* 1886, 8.
 Potherat, Neuralgie vésicale. *Progrès méd.* 1887, 27.
 Nonne, *Berl. klin. Wochenschr.* 1887, 45.
 Hughes (St-Louis), *Weekly med. Rev.* 12 März 1887. (Plantarhyperästhesie, Neuritis N. plantari interni in Folge von Ueberanstrengung).
 Peyer, 2 Fälle von Neuralgie des Steissbeins bei Männern. *Centralbl. f. klin. Med.* 1888, IX, 37.
 Bernhardt, Klin. Beitrag zur Lehre von der Innervation der Blase, des Mastdarms und der Geschlechtsfunction. *Berl. klin. Wochenschr.* 1888, XXV, 32.
 v. Swiecicki, Zur operativen Behandlung der Coccygodynie. *Wien. Med. Presse.* 1888, XXIX, 31.
 Gräfe, *M. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäcologie* 1888, XV, 2, pag. 344.

Parmi les troubles moteurs, dont le plexus sacré peut devenir le siège, ce sont encore ceux du grand sciatique

qui sollicitent le plus vivement notre attention. La lésion peut siéger dans le bassin, ou affecter le nerf immédiatement après sa sortie du bassin, ou enfin, occuper l'une ou l'autre de ses branches. Dans le premier cas, la cause réside soit dans un trau-

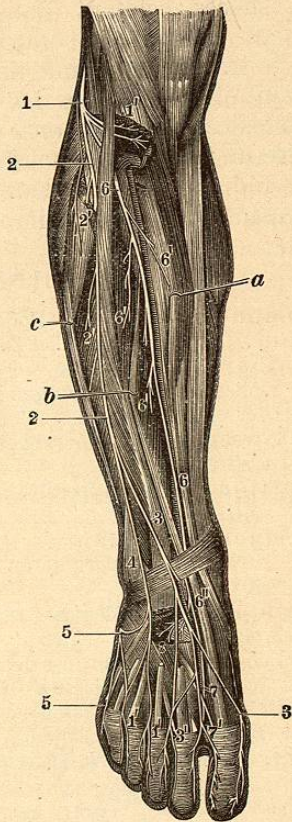
Fig. 127.



Nerfs cutanés de la jambe et du pied.
(D'après Hirschfeld et Leveillé.)

1 et 2 N. peroneus et cutan. crur. lat. 3 et 4 Nn. communicantes. 5 N. suralis. 6 Rami calcanei. 7 N. pedis dorsi cutan. lateral. 8 N. digit. commun. quartus. 9-12 N. peron. superfic. 13 N. peron. profundus. 14 Sa branche terminale entre le gros orteil et le deuxième.

Fig. 128.



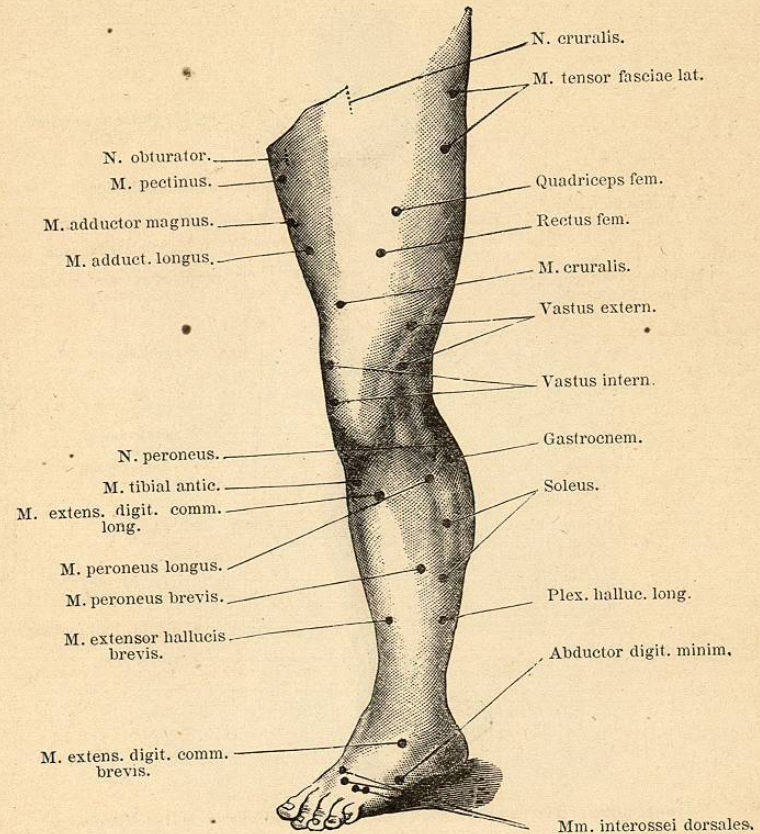
Distribution du sciatique poplité externe.
(D'après Hirschfeld et Leveillé.)

a Musc. tibial. ant. b Musc. extens. halluc. long. c M. peroneus longus. 1 et 1' N. peron. 2 et 2' N. peroneus superficial. 3 et 3' N. pedis dorsi cutan. medial. 4 et 4' N. pedis dorsi cutan. medius. 5 N. suralis. 5' N. pedis dorsi cutan. lateral. 6 6'—8 N. peroneus profundus.

matisme, soit dans une compression de longue durée exercée par l'utérus gravide, par exemple, ou par la tête fœtale pendant l'accouchement (Vinay), ou enfin par une tumeur. Les autres lésions ne sont, le plus souvent, que des lésions secondaires.

La paralysie du péronier frappe les muscles de la face antérieure de la jambe : extenseurs, tibial antérieur, péroniers. Elle se reconnaît assez facilement à la position du pied qui pend en avant ; les mouvements de flexion dorsale, d'adduction et d'abduction sont supprimés. La marche elle-même s'en ressent, la pointe du pied frotte le sol, inconvénient auquel

Fig. 129.



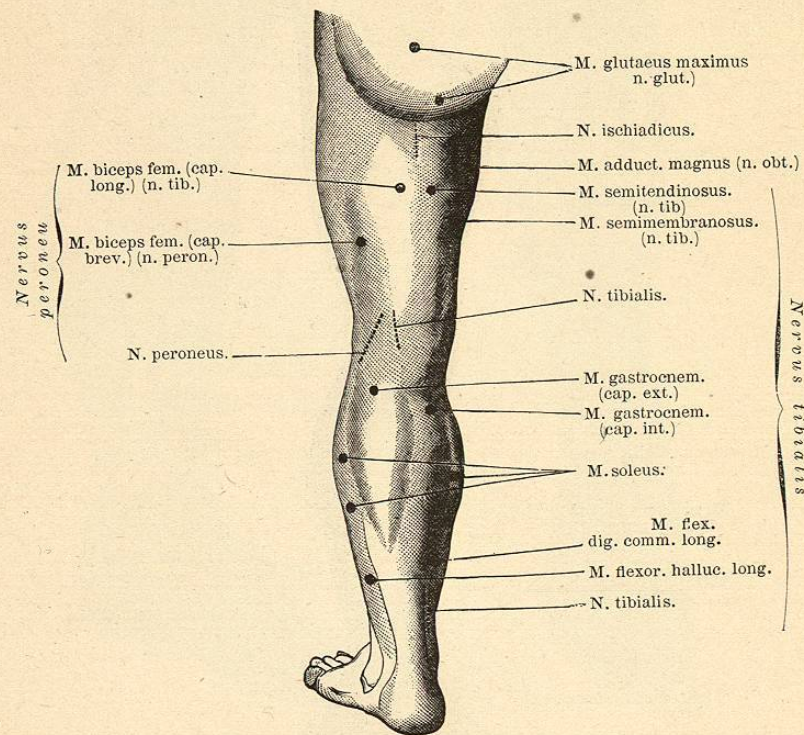
Points moteurs pour les nerfs et les muscles à la face antérieure du membre inférieur.

le patient essaie de remédier en relevant la hanche ; la marche n'en reste pas moins pénible, le pied se pose maladroitement et aborde le sol par la pointe ou par son bord externe : cela produit une impression de maladresse qui est bien caractéristique pour cette paralysie. Plus tard, il se développe une contraction secondaire des muscles du mollet qui a pour conséquence

de fixer la pointe du pied dans la position du pied équin ou varo-équin. La paralysie du sciatique poplité externe ou paralysie péronière apparaît souvent à la suite de compression du nerf, chez les ouvriers astreints à travailler à genoux ou accroupis, chez les asphaltiers, par ex. (*Bernhardt*).

La paralysie tibiale affecte les muscles innervés par ce nerf : à savoir, les fléchisseurs et le tibial postérieur, à la face postérieure de la jambe, l'adducteur et l'abducteur du pouce,

Fig. 130.



Points moteurs pour le grand sciatique et les muscles auxquels il se distribue.

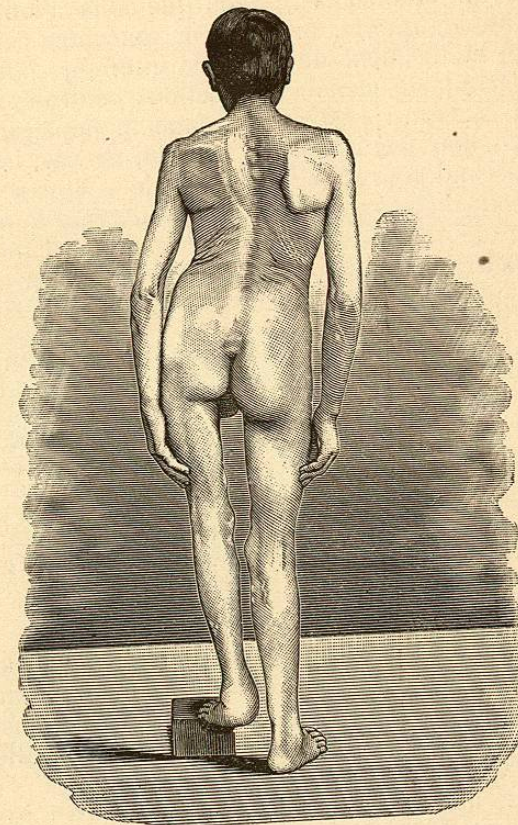
les interosseux, à la plante du pied. Cette paralysie a donc pour effet la perte des mouvements de flexion plantaire ou extension du pied, la flexion et les mouvements de latéralité des orteils ; elle empêche aussi le malade de se lever sur les orteils.

Lorsque les interosseux sont également intéressés, il se développe une sorte de griffe analogue à celle que nous avons décrite pour la main : les orteils se crispent, la première phalange en flexion dorsale, les deuxième et troisième en

flexion plantaire. Ici aussi il se produit des contractures secondaires du tibial antérieur et du triceps sural, qui conduisent au pied bot paralytique : pied plat, pied équin, pied crochu.

La paralysie du sciatique en entier, dont certaines branches musculaires innervent les fléchisseurs de la jambe (demi-tendineux, biceps fémoral), a pour effet de rendre impossibles la flexion de la jambe sur la cuisse, ainsi que les

Fig. 113.



mouvements de rotation de cette dernière (m. obturateur interne). La marche peut cependant encore s'effectuer quand la lésion est unilatérale : le malade fixant fortement l'articulation du genou à l'aide des extenseurs, se sert du membre inférieur comme d'une échasse ou d'une jambe de bois, c'est-à-dire la porte en masse en avant en s'aidant des muscles de la cuisse (v. p. 225 la marche des hémiplegiques). A une époque plus

avancée de l'affection, il se développe dans les muscles paralysés, une atrophie très prononcée; l'affection de la hanche que l'on voit souvent apparaître au cours de la paralysie du sciatique, ou même précéder et annoncer en quelque sorte cette paralysie, a pour conséquence un raccourcissement plus ou moins accentué du membre inférieur. Les deux cas représentés ici (Fig. 131 et 132), donnent une idée de l'aspect de ces malades. On pourrait difficilement confondre, avec une autre affection, cette paralysie du sciatique qui doit être considérée comme une névrite périphérique dans le sens que nous avons assigné à cet état pathologique (v. p. 323). On rencontre cependant la faiblesse de mouvement du membre inférieur, pouvant aller jusqu'à la paralysie, dans les affections centrales siégeant à l'écorce du cerveau: c'est alors à une monoplégie ou à une monoparésie que l'on a affaire. Mais en ce cas, les douleurs restent au second plan et — chose capitale — il ne se développe ni atrophie, ni raccourcissement. On trouvera à la page 180, la manière de distinguer une paralysie corticale d'une paralysie périphérique. Le **traitement** de la paralysie du grand sciatique est identique à celui des autres paralysies périphériques.

Les observations qui ont été récemment publiées par *Westphal*, sur les paralysies périodiques à répétition des quatre extrémités, sont dépourvues d'importance pratique; on ne sait d'ailleurs rien de leur nature. Il en est de même de la parésie particulière de la jambe et du pied qui a été décrite par *Zenker* (*Berlin. klin. Wochenschr.* 8 Octobre 1883) et qui doit être rangée parmi les affections professionnelles: elle consiste dans une perte plus ou moins complète de la motilité et de la sensibilité atteignant les parties inférieures d'une ou des deux extrémités; on la rencontre chez les personnes qui restent longtemps agenouillées pour pouvoir travailler des mains sur le sol: c'est le cas chez les gens occupés à arracher les pommes de terre.

Les convulsions, aussi bien toniques que cloniques, qui peuvent se montrer dans les muscles innervés par les nerfs du plexus sacré, n'offrent, à cause de leur rareté, qu'un intérêt pratique tout à fait secondaire: elles échappent d'ailleurs complètement à nos ressources thérapeutiques.

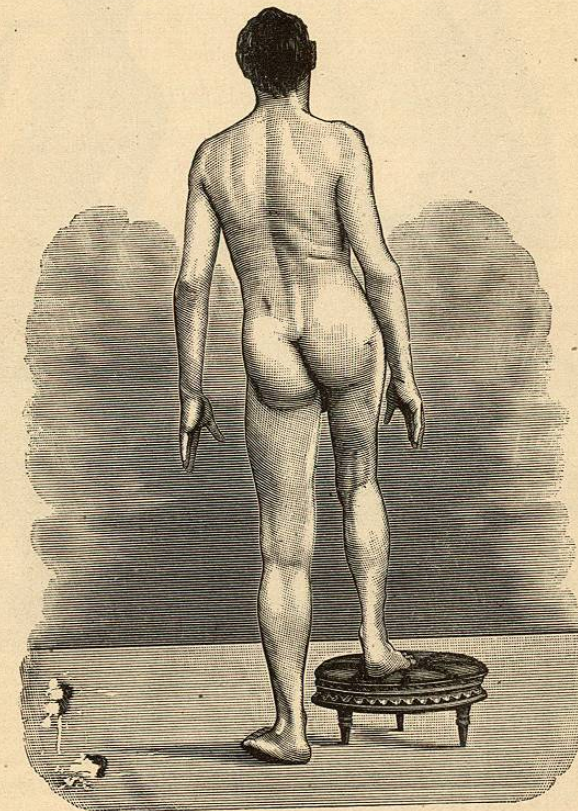
Stromeyer a donné le nom de contraction spastique de la hanche à une contraction tonique convulsive des muscles de la hanche; j'ai moi-même observé chez une hystérique, une convulsion tonique limitée au m. carré des lombes. On trouvera ci-joint, l'aspect que présentait cette malade (Fig. 133 et 134).

La crampe du biceps fémoral provoque l'extension du genou; on l'observe parfois dans la névralgie de cette articulation. Chacun connaît la crampe très douloureuse qui se

développe dans les muscles du mollet, à la suite d'efforts ou dans certaines maladies générales graves, dans le choléra, par exemple.

On a souvent l'occasion d'observer, chez les hystériques, les convulsions cloniques dans les muscles des extrémités inférieures. La crampe saltatoire réflexe (*Bamberger, Wien. med. Woch.* 4 mai 1859) est une convulsion qui

Fig. 132.



Cas de névrite périphérique du plexus iliaque avec raccourcissement et atrophie de l'extrémité inférieure. (Observation personnelle).

se produit au moment où le malade touche le sol, et imprime à sa marche un caractère bondissant, un sautillerment continu; mais cette affection ne constitue pas une maladie idiopathique, elle n'est que le symptôme d'une affection centrale, comme le prouve l'exagération à peu près constante des réflexes tendineux.

Le **traitement** sera exposé au chapitre de l'hystérie.

Fig. 133.

Fig. 134.



Contracture du m. carré des lombes. (Observation personnelle).

Bibliographie.

- Albert, Eine eigenthümliche Art der Totalscoliose. Wien. Med. Presse 1. März 1886, XXVI.
 Nicoladoni, Ueber eine Art des Zusammenhanges zwischen Ischias und Scoliose. Ibid. 1886, 26, 27.
 Vinay, Paralyse radicaire du nerf sciatique par compression à cause de l'accouchement. Revue de méd. 1887, 7.
 Babinsky, Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique. Arch. de Neur. 1888, XV, 43, 1.
 Bernhardt, Ueber Peroneuslähmungen. Original-Bericht der Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten zu Berlin am 12. Nov. 1888. Neurol. Centralbl. 1888, 23.
 Schüdel, Ueber Ischias scoliotica. Arch. f. klin. Chirurgie. 1888, 38, 1.
 Weiss, Zur Therapie der Ischias. Centralbl. f. d. gesammte Therapie. 1889, VII, 1.

- Guttman, Fall von sogenannten saltatorischen Krämpfen. Berl. klin. Wochenschr. 1867, IV, 13.
 Frey, Ueber saltatorischen Reflexkrampf. Arch. f. Psych. u. Nervenkh. 1875, VI, 1.
 Kast, Ueber saltatorischen Reflexkrampf. Neurol. Centralbl. 1883, II, 14.
 Kollmann, Deutsche med. Wochenschr. 1883, IX, 40.
 Brissaud, Des scolioses dans les névralgies malignes. Archives de Neurologie. volume XIX. 1890. n° 55.
 Guinon et Parmentier. Sur une complication peu connue de la sciatique (Paralyse amyotrophique dans le domaine du poplité). Arch. de Neurologie. Volume XX, n° 59.

V. Affection simultanée de plusieurs nerfs spinaux. Névrite multiple.

De même que nous l'avons vu pour les nerfs crâniens (v. p. 145), on peut rencontrer également l'inflammation simultanée de différents nerfs spinaux. Depuis quelques années seulement, on est parvenu à reconnaître que ces affections multiples sont souvent primaires et qu'elles sont de nature inflammatoire. Elles provoquent différents phénomènes morbides dont l'interprétation peut être parfois embarrassante et qui les font souvent confondre avec une affection centrale. La connaissance de ces névrites multiples est encore récente (*Duménil, Eisenlohr, Leyden, Strümpell, Vierordt*, etc.), et tout fait présager que dans un avenir prochain, de nouvelles lumières seront faites sur certains points demeurés obscurs.

Les particularités anatomiques de l'affection nous sont déjà connues (v. p. 323); nous aborderons donc immédiatement la description des **symptômes**. L'affection débute avec toutes les apparences d'une maladie infectieuse aiguë: fièvre, abattement général, céphalalgie vague, apathie générale, etc. Bientôt, les douleurs apparaissent, d'abord dans la région sacrée et le dos, plus tard, sur le trajet des gros troncs nerveux; puis, la motilité s'entreprend d'une façon inquiétante, surtout celle des extrémités inférieures, les mouvements ne s'accomplissent qu'avec difficulté et douleurs, les jambes sont lourdes, la fatigue vient vite: les réflexes sont affaiblis ou ont complètement disparu, l'excitabilité a également baissé. Cependant — chose remarquable — la douleur montre bientôt une tendance à diminuer; quant aux troubles de la sensibilité d'une autre nature, paresthésie, anesthésie, on ne les observe qu'exceptionnellement: l'élément moteur surtout est affecté. Dans certains cas, les troubles moteurs apparaissent subitement, d'une façon apoplectiforme, pour ainsi dire: sans aucun prodrome, le patient est