

d'abord l'une jambe et peu après la seconde. Souvent la paralysie reste limitée aux membres inférieurs, plus fréquemment elle ne tarde pas à se propager à l'un des bras ou aux deux à la fois. Si l'on examine de plus près les parties relâchées, on constate qu'elles sont atteintes d'une paralysie parfaitement *flasque*, plus ou moins étendue. Parfois le mal ne va pas jusqu'à produire une paralysie des jambes, mais une *ataxie* manifeste, telle qu'on l'observe souvent dans la névrite alcoolique (v. plus bas). Les réflexes sont constamment *atténués*, les réflexes tendineux font d'ordinaire complètement défaut, les réflexes cutanés sont affaiblis ou également presque entièrement abolis. Ce n'est que dans des cas exceptionnels que les réflexes sont exaltés, ce qui constitue un phénomène qui doit être envisagé comme ayant de l'analogie avec l'hyperesthésie cutanée. Un petit nombre de jours suffisent le plus souvent pour produire dans les nerfs et les muscles atteints, une *diminution* notable de l'*excitabilité électrique*, à laquelle finit par succéder une *réaction* prononcée de *dégénérescence*. Quand la paralysie persiste assez longtemps, les *muscles* succombent à une *atrophie* manifeste. Dès lors, les *signes d'excitabilité sensible* qui étaient si vivaces au début, se dissipent rapidement pour faire place, parfois pendant un temps considérable, à des douleurs moindres, à de la paresthésie et surtout à une susceptibilité marquée des parties paralysées sous l'influence de la pression et des mouvements passifs. Dans beaucoup de névrites aiguës, l'*hyperesthésie de la peau et des parties sous-jacentes* atteint un degré très élevé. Il importe de noter que les *troubles objectifs de la sensibilité* sont au contraire peu appréciables dans la grande majorité des cas. Des anesthésies prononcées constituent de rares exceptions, à telle enseigne qu'on peut affirmer sans hésitation que la névrite primitive multiple attaque de préférence les filets nerveux *moteurs*. Les nerfs crâniens et bulbaires sont d'ordinaire exempts de toute altération. Ce n'est que dans quelques cas isolés qu'on a signalé une affection du nerf *optique*. Une fois nous avons constaté dans la névrite multiple une paralysie faciale double. Mentionnons aussi l'*accélération* remarquable *du pouls* qu'on observe généralement et qui est peut-être sous la dépendance d'une altération du nerf vague. La peau, les cheveux et les ongles présentent quelquefois des *lésions trophiques*. Parfois il y a des *sueurs* répétées. On a encore constaté à diverses reprises des *gonflements œdémateux* aux extrémités atteintes. Par contre, les fonctions de la *vessie* et du *rectum* ne sont presque jamais troublées.

Quant à la *marche de la maladie*, les cas graves peuvent se terminer par une *mort* prompte, et presque toujours en suite de l'*extension de la paralysie aux muscles de la respiration*. L'inspiration exige de grands efforts, la partie

supérieure du thorax y pourvoit à elle seule, tandis que l'épigastre, à cause de la paralysie du diaphragme, est immobilisé ou se déprime pendant l'inspiration. Ajoutez-y les paralysies des muscles respiratoires auxiliaires, des muscles abdominaux, etc., de sorte qu'après une à une semaine et demie de durée, la mort arrive avec le cortège symptomatique de l'asphyxie. Une seconde catégorie de cas commence également avec des allures assez aiguës, mais entre bientôt dans une phase chronique. Les phénomènes fébriles du début perdent leur acuité au bout de quelques jours, et les paralysies se développent dans un rayon déterminé. Alors l'affection paraît subir un temps d'arrêt, et on voit poindre les premiers indices de l'amélioration. Comme il s'est toujours produit une atrophie musculaire plus ou moins considérable, la guérison, pour être complète, réclame en tout état de chose un temps assez long, le plus souvent des mois entiers. Une troisième série de cas suit d'emblée une marche chronique, quoique parfois incidentée par des exacerbations aiguës. C'est ici qu'on voit des paralysies atrophiques assez étendues envahir petit à petit les extrémités inférieures, et d'ordinaire aussi les extrémités supérieures. Les réflexes se suppriment, la sensibilité diminue en général un peu, mais presque jamais d'une manière notable. Il y a toujours des douleurs au début ; mais dans la suite, elles se mettent souvent à l'arrière-plan. Les fonctions de la vessie et du rectum restent complètement indemnes. Si la maladie poursuit fatalement sa marche, elle peut encore longtemps après (plusieurs mois plus tard) se terminer par la mort, également par suite de la paralysie terminale des muscles de la respiration. Par ailleurs, après avoir été longuement valétudinaire, le malade peut voir s'enrayer la marche de son affection et se terminer par une guérison totale, ou tout au moins partielle. — Il est digne de remarque que la névrite multiple se complique souvent de *tuberculose pulmonaire*. Mais la vraie relation causale qui existe entre ces deux maladies nous échappe encore.

Le *diagnostic* de la névrite multiple n'est en général pas difficile, quand on connaît la maladie et qu'on analyse attentivement chaque symptôme. Sous le rapport diagnostique, il importe avant tout de noter le début ordinairement aigu de la maladie avec ses caractères prononcés d'excitabilité sensitive, avec sa susceptibilité parfois si exquise des nerfs sous la moindre pression, avec son hyperesthésie répandue sur toute l'enveloppe cutanée ; ensuite il faut reconnaître dès son origine la paralysie qui se propage le plus souvent avec rapidité et dont la nature périphérique s'affirme par la réaction électrique de dégénérescence, par l'atrophie musculaire, par l'absence des réflexes cutanés et tendineux. Si l'on excepte les affections des nerfs périphériques, il n'y a que la poliomyélite (v. plus loin) qui puisse

provoquer une paralysie semblable. Et, en effet, comme nous l'avons fait remarquer, on a souvent confondu cette dernière affection avec la névrite multiple. Cependant, la considération attentive des symptômes du début et surtout des désordres de la sensibilité doit inmanquablement mettre sur la voie du diagnostic différentiel.

Le pronostic de la névrite multiple, comme il résulte de l'exposé de la marche morbide, est sujet à caution, mais pas toujours fâcheux. Quand le malade a la chance de franchir la première étape aiguë de la maladie, il peut, même en présence d'une paralysie étendue, prétendre encore à la guérison ou du moins à une amélioration réelle. Ces guérisons remarquables, consécutives à des paralysies qui ont duré de longs mois, ont d'ailleurs de l'importance au regard du diagnostic, parce que des processus régénérateurs aussi largement étendus peuvent bien se rencontrer dans les affections des nerfs périphériques et des muscles, mais ne sont guère compatibles avec des affections spinales et dès lors viennent confirmer à posteriori le diagnostic d'une névrite.

Traitement. Dans la première période de la maladie, surtout quand on est en présence de douleurs vives, de gonflements articulaires ou d'une fièvre intense, on recommande de faire un essai avec l'acide salicylique dont plusieurs observateurs ont noté la bienfaisante influence. On donnera 0,5 d'acide salicylique par heure ou quelques doses plus fortes de salicylate de soude (4,0-6,0). En place de l'acide salicylique nous avons récemment donné avec un bon résultat de l'antipyrine et de la phénacétine. Quand les douleurs sont très intenses on aura recours aux narcotiques (injections de morphine). Les embrocations de chloroforme et les bains chauds prolongés ont parfois aussi une action palliative. — Dans une phase ultérieure de la maladie, des soins appropriés (repos horizontal) et le régime (bonne alimentation) constituent la chose principale. Les processus de régénération s'établissent d'eux-mêmes, en thèse générale. Cependant le traitement électrique persévéramment employé et surtout le traitement galvanique peuvent activer et compléter le travail de la guérison. Dans ce dernier but on emploie encore les bains (bains chauds ordinaires, bains salins) et les cures aux stations balnéaires à Teplitz, Wiesbaden, Rehme, puis le massage, etc.

4. Névrite chronique des alcoolisants (Pseudo-tabes des alcoolisants, ataxie des buveurs). Il est d'observation ancienne que des maladies nerveuses d'un genre particulier se montrent fréquemment chez les gens adonnés à l'alcool (M. HUSS, LEUDET, etc.). Jusqu'ici on avait admis généralement que la cause de ces manifestations morbides résidait dans la moelle spinale, et ce n'est que tout dernièrement qu'on est parvenu

à reconnaître qu'un grand nombre de cas de l'espèce doivent être envisagés comme une classe à part de *névrites chroniques multiples* (LANCEREAUX, MOELI, etc.). L'importance pratique de cette névrite alcoolique n'est pas à dédaigner, d'abord parce que cette affection peut facilement prêter à des confusions avec d'autres maladies nerveuses (surtout avec le tabes), et puis parce qu'un diagnostic correct porté à temps est de grande valeur au point de vue du traitement.

La névrite alcoolique se présente sous deux formes principales. Dans la première se développent des *paralysies atrophiques* véritables, surtout des extrémités inférieures; par contre, dans la seconde, les parésies cèdent la première place aux autres troubles d'innervation. Le premier symptôme de la maladie consiste d'ordinaire en *douleurs lancinantes et déchirantes* qui parcourent en tous sens les *extrémités inférieures*, plus rarement les *membres supérieurs*. Ces douleurs sont assez aiguës, quoique parfois elles ne dépassent pas un degré modéré. Tôt ou tard (souvent après des années) elles se compliquent d'une grande gêne de la marche. En y regardant de près, on reconnaît qu'il s'agit en partie d'une véritable *parésie* des muscles de la jambe, et en partie d'une espèce d'*ataxie*, d'une insuffisance de l'innervation qui se traduit par une démarche mal assurée, entrecoupée d'oscillations et de chutes. Si la parésie se prononce davantage, l'appareil musculaire atteint est d'ordinaire manifestement *atrophie*, et l'examen électrique y décèle communément une diminution notable de l'excitabilité et même une réaction prononcée de dégénérescence. Les *réflexes rotuliens* se perdent le plus souvent de bonne heure. La *sensibilité* ne reste presque jamais à l'état normal; aux jambes surtout et parfois en d'autres endroits du tégument, on constate un degré assez considérable d'*anesthésie*. Les réflexes cutanés sont aussi quelquefois affaiblis et plus lents à se produire. La pression sur les parties profondes et sur les nerfs peut réveiller de vives douleurs. Le *cours* de cette maladie est le plus souvent chronique. Si l'agent délétère (l'abus de l'alcool) est mis de côté en temps utile, la *guérison complète* est encore possible. Mais dans les cas profondément invétérés, il n'est pas rare de voir s'établir une paralysie irrémédiable (qui s'étend même aux bras) et la mort venir terminer la scène morbide.

Comme on vient de le voir, le tableau de la maladie offre une ressemblance parfaite avec le tabes, et quand on assiste au début (douleurs, ataxie, suppression du réflexe patellaire) le *diagnostic différentiel* n'est pas sans offrir des difficultés réelles. A ce point de vue, il faut remarquer que dans la névrite alcoolique la *fixité pupillaire réflexe*, la *douleur en ceinture* et les *troubles urinaires* semblent en général faire défaut, tandis qu'en revanche

le développement des paralysies atrophiques permet presque sans restriction d'exclure le tabes.

Le traitement doit insister en première ligne sur l'abandon complet de l'alcool. Dans les cas rudimentaires, ce sacrifice peut à lui seul amener une amélioration véritable. Quand les symptômes morbides sont plus accusés, l'électrothérapie et les bains tièdes rendent les meilleurs services. Nous préconisons en outre l'emploi interne ou sous-cutané des préparations de strychnine.

CHAPITRE SIXIÈME.

NÉOPLASMES DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES.

Les néoplasmes qui se rencontrent aux nerfs périphériques sont communément distingués en faux et vrais névromes. Les premiers ne consistent pas proprement en une néoplasie formée de tissu nerveux ; ce sont des fibromes, des myxomes, des sarcomes, etc., qui se sont développés sur les nerfs. Des tumeurs infectieuses, surtout des gommés syphilitiques et beaucoup plus fréquemment encore les néoplasmes engendrés par la lèpre, peuvent venir se placer sur les nerfs périphériques. Les névromes véritables sont constitués par des fibres nerveuses de formation nouvelle, le plus souvent composées de myéline (névrome myélinique de VIRCHOW) et enveloppées d'une gangue parfois très épaisse de tissu cellulaire. Ces névromes se développent au bout des nerfs sectionnés des moignons d'amputation (névromes d'amputation). On les voit naître aussi à la suite d'autres plaies nerveuses, et il est probable que beaucoup de névralgies et de douleurs persistantes à la suite de blessures, sont imputables à la formation de petits névromes de cette nature. Un fait curieux, plusieurs fois signalé, c'est l'apparition par centaines, chez le même individu, de névromes siégeant principalement le long des nerfs spinaux, et aussi, quoique isolément et exceptionnellement, le long des nerfs sympathiques et crâniens. Dans des cas semblables, ces tumeurs multiples ne constituent pas des métastases émanant d'une tumeur originelle, mais sont l'expression d'une prédisposition générale, souvent héréditaire, du système nerveux périphérique à la formation des tumeurs. Parfois les névromes multiples se combinent avec d'autres anomalies du système nerveux (crétinisme, etc.). Indépendamment des névromes myéliniques, on rencontre aussi des néoplasmes formés de fibres nerveuses privées de myéline (névrome amyélinique), dont le diagnostic histologique présente constamment de grandes difficultés.

Les symptômes des tumeurs névromateuses varient dans chaque cas.

Beaucoup de névromes ne se manifestent par aucun symptôme. Dans d'autres cas, au contraire, ils sont cause de névralgies rebelles d'une violence excessive et de douleurs névralgiformes qui se caractérisent par une intensité changeante, affectent d'ordinaire le type rémittent ou intermittent et prennent souvent une grande acuité sous l'action de circonstances extérieures (influences atmosphériques). Des signes de forte compression, et en particulier des anesthésies et des paralysies motrices, ne se développent que par exception, mais se déclarent quelquefois pourtant, principalement à l'occasion des névromes situés à la queue de cheval. Plus souvent on constate des symptômes d'irritation motrice de cause directe ou réflexe (tremblement, contractions toniques).

Nous devons encore une mention particulière aux tubercules dits douloureux. On comprend par là de petits noyaux, qu'on sent sous la peau, qu'on peut assez facilement faire glisser sous le doigt et dans lesquels la pression éveille une vive sensibilité. Ces tubercules ne sont pas très rares et s'accompagnent d'ordinaire de douleurs lancinantes, à caractère névralgique indécis et à localisation peu précise. Ils siègent aux extrémités, surtout aux bras, au tronc, à la nuque, etc. Il est digne de remarque que ces symptômes ne s'exaspèrent que par moments pour se dissiper ensuite, et que conséquemment les nodosités sont certainement parfois susceptibles de rétrocéder spontanément. Il n'y a pas moyen de déterminer avec certitude la nature anatomique des tubercules douloureux. Beaucoup d'entre eux sont de vrais névromes, d'autres appartiennent à diverses catégories de néoplasmes.

La marche des névromes est nécessairement très chronique. En quelques circonstances les douleurs peuvent finalement, par leur caractère opiniâtre, troubler considérablement l'état général. Parfois aussi on a observé que les phénomènes douloureux se calment à la longue spontanément et même que les formations morbides disparaissent d'elles-mêmes.

Le diagnostic des névromes n'est possible que pour autant qu'on perçoit les tumeurs sous la peau et que leur siège, de même que les symptômes cliniques qu'ils provoquent, correspondent au trajet ou à la zone de distribution d'un nerf. En cas de névromes multiples, le diagnostic a été plusieurs fois corroboré par l'extirpation et l'examen de l'une de ces tumeurs.

Pour traiter avec succès les névromes, il faudrait les extirper, ce qu'on ne peut entreprendre qu'au cas où les souffrances sont considérables. Si l'extirpation est impraticable ou qu'il s'agisse de névromes multiples, les douleurs ne peuvent se calmer que par le traitement symptomatique (narcotiques, électricité). En comprimant le nerf au-dessus de l'endroit où siège le névrome, on pourra quelquefois adoucir momentanément les souffrances.