

II. NÉVROSES VASOMOTRICES & TROPHIQUES.

CHAPITRE PREMIER.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES SUR LES TROUBLES VASOMOTEURS, TROPHIQUES ET SÉCRÉTOIRES.

Outre les troubles de la motilité et de la sensibilité dont nous avons traité dans les chapitres qui précèdent, on rencontre encore chez les personnes atteintes de maladies nerveuses, des anomalies fonctionnelles d'ordre vasomoteur et trophique. Jusqu'ici nous ne possédons que des données assez peu certaines sur la nature intime de leur mode de production.

On sait que la physiologie distingue deux sortes de *nerfs vasomoteurs* : les *vasoconstricteurs* et les *vasodilatateurs*. Comme l'existence de ces derniers n'a été jusqu'à cette heure démontrée expérimentalement qu'en quelques endroits (dans la corde du tympan, le nerf érectile, le sciatique) ils n'ont pas encore pris dans la pathologie humaine une bien grande importance. Bien au contraire, on tend beaucoup plus actuellement à rapporter toute constriction anormale des vaisseaux à une excitation, et toute dilatation vasculaire anormale à une paralysie des nerfs vasoconstricteurs, quoique peut-être des excitations pathologiques des vasodilatateurs puissent aussi se rencontrer assez souvent. Quant à la *marque anatomique* précise des nerfs vasculaires, commençons par poser en principe que certainement des excitations vasomotrices peuvent partir du *cerveau*, à preuve les émotions morales qui, comme tout le monde le sait, font rougir ou pâlir le visage. On a même réussi à prouver en expérimentant sur des chiens (EULENBURG et LANDOIS), qu'en excitant des endroits déterminés de la couche corticale situés dans le voisinage immédiat des centres moteurs, on provoque un abaissement de la température, et en extirpant ces mêmes endroits, une augmentation de température dans les extrémités opposées. D'ailleurs, c'est un fait acquis que dans la *moelle allongée* (chez les lapins dans la partie supérieure du corps olivaire) il existe un centre vasomoteur important dont l'excitation (directe ou réflexe) produit une constriction vasculaire presque générale, et dont la destruction est suivie d'une dilatation quasi universelle des vaisseaux. Il est probable que les nerfs vasculaires, pour la majeure partie (si pas

exclusivement), poursuivent leur marche dans les *cordons latéraux* de la moelle épinière d'où ils sortent principalement par les *racines antérieures*. Cependant il existe aussi des preuves expérimentales (STRICKER) de la présence de nerfs vasomoteurs dans les racines postérieures. On ne sait pas positivement si et où les fibres vasomotrices s'entrecroisent. Quoi qu'il en soit, la grande masse des filets vasomoteurs se réunit aux fibres limitantes du *sympathique*, d'où émanent, comme on sait, les différents plexus qui s'enroulent autour des vaisseaux. Il n'est cependant pas improbable qu'une partie des fibres vasomotrices passent directement de la moelle dans les nerfs périphériques. Remarquons encore, pour finir, que d'après les recherches de GOLTZ, il existe aussi dans la moelle spinale des *centres réflexes vasomoteurs* pour les différentes parties du corps.

Les *symptômes cliniques vasomoteurs* s'observent principalement à l'enveloppe cutanée. On distingue :

1. *Les manifestations vasomotrices paralytiques*. On dit que les vasomoteurs sont paralysés, quand la peau se couvre d'une *rougeur* anormale, presque toujours associée à une *augmentation objective de température*, parfois subjectivement perçue. Ces états se rencontrent, soit concurremment avec d'autres phénomènes nerveux (par ex. dans les paralysies récentes d'origine spinale et cérébrale, ensuite très fréquemment dans certaines névroses fonctionnelles, dans l'hystérie, la neurasthénie, etc.), soit à titre de maladies autonomes (névroses vasomotrices pures, blessures du grand sympathique au cou, etc.). Il y a des cas où une rougeur diffuse continue ou intermittente de la peau, surtout à la tête, accompagnée d'une forte sensation de chaleur, de palpitations, de pulsations artérielles violentes, d'inquiétude, de bruissement d'oreilles et de sueurs, constitue l'unique symptôme morbide. Si l'affection se limite à une seule extrémité et que, sous forme d'accès, il s'y produise de la rougeur, un gonflement diffus et des douleurs, on se trouve en présence de l'état que WEIR MITCHELL a décrit sous le nom d'*Erythromélgie*. — Comme nous l'avons dit, il n'est pas possible à cette heure de déterminer si la plupart des phénomènes susmentionnés ne dépendent pas plutôt d'une excitation des nerfs vasodilatateurs.

2. *Les manifestations vasomotrices convulsives*. Le spasme des petits vaisseaux se traduit par une pâleur et une fraîcheur remarquables de la peau. En même temps les parties atteintes sont souvent le siège d'une vive sensation de fourmillement et de rigidité qui peut se transformer en une douleur véritable. Ces spasmes vasomoteurs se présentent surtout aux mains et donnent lieu à une gêne assez habituelle. On les rencontre chez les personnes irritables et de tempérament névrosique, parfois chez les

buandières. Ils font aussi partie d'états spasmodiques plus complexes : ainsi, dans l'angine de poitrine essentielle, il se produit parfois un spasme des vaisseaux des extrémités, surtout au commencement de l'attaque. Le spasme continu des petites artères peut donner lieu à des troubles consécutifs considérables d'ordre trophique. Aussi bien de nombreux observateurs attribuent à un spasme primitif des vaisseaux, les rares cas de *gangrène spontanée, symétrique*, des extrémités, puis certains cas de *sclérodémie* et quelques affections similaires. C'est surtout aux mains qu'on voit se produire sans cause connue un aspect d'un bleu foncé et un état de froid glacial, en même temps que l'épiderme se soulève en ampoules en plusieurs endroits et qu'il se forme des plaques gangréneuses circonscrites (*gangrène spastique*).

Les notions que nous avons sur les *nerfs trophiques*, ne valent pas celles que nous possédons sur les nerfs vasomoteurs. Et de fait, on n'est pas tout à fait d'accord sur l'existence de nerfs trophiques particuliers. Les faits cliniques argumentent positivement en faveur de cette hypothèse, quoiqu'il soit établi que beaucoup de troubles trophiques dépendent, selon toute probabilité, d'altérations vasomotrices et que l'anesthésie de beaucoup de régions du corps (comme il a été dit à propos de l'anesthésie du trijumeau) est une condition très favorable à la production de troubles nutritifs.

Entre les troubles vasomoteurs et trophiques il existe une étape de transition formée par ces altérations de la peau qui sont sous la dépendance réelle d'une *exsudation vasculaire excessive*. C'est ici qu'il faut placer, d'abord certains cas morbides particuliers qu'on a désignés du nom d'**œdème aigu angioneurotique** (QUINCKE, STRÜBING). Dans ces conditions il se déclare subitement en différents endroits du corps des gonflements œdémateux qui disparaissent parfois au bout de quelques heures, mais se reproduisent très fréquemment. Cela n'est pas exempt de danger, quand l'œdème se localise dans le pharynx ou à l'isthme du gosier. L'état général est quelquefois indemne, dans d'autres circonstances il est altéré à un degré plus ou moins considérable. Ce sont surtout des désordres du côté de l'estomac (accès de vomissements et gastralgie) qu'on observe simultanément dans cette classe d'affections. Cet œdème aigu et angioneurotique est en parenté évidente avec l'*urticaire* et l'*érythème exsudatif*. — En ce qui touche à l'apparition de l'*herpès zoster* qui accompagne les maladies des nerfs, on s'en rapportera à ce qui a été dit p. 33. Des groupes de vésicules analogues au zoster intercostal se déclarent également sur le trajet d'autres branches nerveuses, en cas de maladie des nerfs périphériques (peut-être aussi en cas d'affections purement spinales?).

Parmi les phénomènes qui tendent surtout à faire admettre une influence nerveuse trophique spéciale, nous avons déjà signalé l'*atrophie dégénérative des muscles et des nerfs* (v. p. 54). Mais les maladies du système nerveux présentent une multitude d'autres troubles trophiques qui affectent la peau et les parties plus profondément situées. A la *peau*, on remarque parfois, surtout après des plaies de nerfs périphériques, un état atrophique d'un luisant et d'un aspect lisse particuliers (*peau luisante, glossy-skin, glossy-fingers* des auteurs anglais). Ailleurs, des *anomalies pigmentaires* de la peau semblent être en corrélation avec les troubles nerveux. C'est ainsi qu'on voit, après des névralgies violentes, se dessiner sur la peau des places exemptes de pigment (*vitiligo*). Disons encore que le *pigment peut s'accumuler* en abondance pour des causes d'ordre nerveux, surtout sous l'influence de la *maladie d'Addison* (v. y.) et quand il s'agit de *naevi nerveux*. Beaucoup d'investigateurs, et surtout CHARCOT, classent parmi les désordres neuro-trophiques graves de la peau, la production du *décubitus aigu* qui se déclare dans beaucoup de paralysies spinales et cérébrales. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons jamais pu nous convaincre de l'existence d'un « *décubitus neurotrophique* » et estimons que tout *décubitus* est occasionné en principe par des causes irritantes externes (malpropreté et pression cutanées).

Nous pouvons également mentionner ici le **myxœdème**, tout d'abord décrit en Angleterre par WILLIAM GULL et par ORD (cachexie pachydermique d'après CHARCOT). Cette maladie a pris son nom d'un *épaississement* et d'un *gonflement* particuliers de la *peau*, qui affectent surtout la face, mais aussi les extrémités, le tronc, la langue, et même les organes internes. Ce gonflement n'est pas un œdème, mais tient au développement d'une sorte de néoplasie myxomateuse du tissu connectif (qui renferme beaucoup de mucine). D'ordinaire il existe simultanément d'autres troubles trophiques : atrophie des dents et des ongles, alopecie, suppression de la sécrétion sudorale, d'où aridité de la peau, etc. Presque toujours se manifeste peu à peu un *affaiblissement physique* généralisé et une déchéance *mentale* qui peut aller jusqu'à l'hébétéude et à la *démence* complète. On voit aussi se produire des troubles fonctionnels des organes des sens. Une circonstance qui présente un intérêt particulier, c'est que régulièrement il existe en même temps une réduction et même une *atrophie* complète de la *glande thyroïde*. Il n'est pas impossible que l'ensemble symptomatique de cette maladie ne doive être attribué à la suppression des fonctions de la dite glande. Ce qui tendrait à le faire croire, c'est l'expérience plusieurs fois répétée dans ces derniers temps (KOCHER et divers), d'après laquelle l'extirpation totale de

la glande thyroïde chez l'homme donnerait lieu à peu près au développement des symptômes qui constituent le myxœdème (*cachexia strumipriva*). Dès lors il faudrait supposer qu'il s'amasse dans l'organisme certaines substances dont la nocivité ne peut plus être neutralisée par la glande thyroïde.

Outre les lésions trophiques de la peau, on observe souvent chez les névropathes des altérations correspondantes aux *ongles* et aux *cheveux*. Les ongles deviennent cassants et fendillés, prennent une teinte sombre et présentent quelquefois un épaissement considérable (*onychogryphosis*). Parfois encore les ongles tombent. La *chute des cheveux* se rencontre dans la névralgie frontale, dans certaines formes de céphalée et quelquefois en tant qu'affection nerveuse d'apparence idiopathique (*alopécie*). On sait qu'après des émotions morales, il arrive que les cheveux *grisonnent* très rapidement.

Parmi les troubles trophiques des parties profondes, les manifestations qui atteignent les *os* et les *articulations* méritent encore une rapide mention. Nous voyons la part que prennent les *os* aux processus atrophiques, dans l'*atrophie progressive unilatérale de la face* (v. plus loin). En outre l'*arrêt de développement* qui frappe les os des membres paralysés pendant l'enfance à la suite d'affections spinales et cérébrales, est un fait d'observation journalière, qui démontre à l'évidence combien la croissance est sous la dépendance du système nerveux.

C'est un « désordre trophique » du système osseux avant tout, mais aussi à un certain degré des parties molles, qui est la cause fondamentale de cette affection singulière et peu commune qu'on a désignée récemment du nom d'*acromégalie* (P. MARIE, ERB et divers). La maladie se développe sourdement chez l'un et l'autre sexe, le plus souvent au cours de la jeunesse ou dans l'âge moyen. Outre les symptômes généraux d'*abattement* et de *lassitude*, indépendamment de *douleurs névralgiques* ou rhumatoïdes parfois très violentes *de la tête* et des *extrémités*, on voit se produire un *accroissement en volume* de plus en plus considérable *des mains et des pieds*, un *grossissement* et un *empâtement* de la face, occasionnés surtout par l'*épaississement du nez*, *des lèvres* qui se redressent comme des bourrelets, et *du menton*. Les mains et les pieds deviennent de vrais « battoirs ». Dans la suite les avant-bras et les jambes augmentent également en épaisseur. Cette hypertrophie semble principalement affecter les *os* : dans quelques cas cependant c'est la peau qui paraît être surnourrie sans pourtant présenter ces fortes altérations qui caractérisent le myxœdème. Dans un cas récent de notre propre observation la langue également avait acquis un développement notable.

Par ci par là on a constaté en outre la présence du *sucre* dans l'urine ; en même temps la *sécrétion sudorale* était abondante et presque ininterrompue. La *voix* était faible, étouffée et enrouée par suite d'une parésie manifeste des cordes vocales. Les rares autopsies de cas d'acromégalie n'ont jusqu'ici pas porté beaucoup de lumière sur cette curieuse maladie. Chose remarquable, dans toutes les circonstances on a trouvé une *hyperplasie de l'hypophyse du cerveau* et dans un cas de KLEBS la persistance et l'hyperplasie du thymus. ERB a noté dans ses observations de la matité à la partie supérieure du sternum qu'il inclinait à rapporter au thymus resté en place. Dans notre cas cette matité n'existait pas. L'interprétation à donner à ces diverses lésions est encore très obscure.

On a constaté à différentes reprises des *lésions trophiques des articulations* dans les maladies du cerveau et de la moelle, surtout dans le *tubes* (v. plus loin). Mentionnons encore comme forme particulière de névrose articulaire vasomotrice-trophique, l'*hydropisie articulaire dite intermittente*. On comprend par là une maladie des plus rares, à marche parfaitement typique, dans laquelle se manifestent à des intervalles fixes, d'une à quatre semaines environ, des gonflements considérables qui affectent principalement le genou, parfois d'autres grandes articulations, se passent sans fièvre et le plus souvent sans douleurs notables et disparaissent après un petit nombre de jours. Ces accès peuvent se renouveler pendant des années et des périodes décennales, sauf interruptions de différente durée. Leur origine nerveuse se déduit surtout de la rapidité avec laquelle cette affection se montre et se dissipe, et puis des relations qu'elle présente souvent avec d'autres troubles nerveux (angine de poitrine, maladie de Basedow, manifestations vasomotrices, etc.). Sous le rapport *thérapeutique* on pourra essayer l'acide salicylique, la quinine, la solution de Fowler et les injections sous-cutanées d'ergotine.

Comme suite aux lésions trophiques, il nous reste à citer les *troubles sécrétoires* qui sont aussi assez fréquents. Nous connaissons déjà les anomalies de la *sécrétion salivaire* dans la paralysie faciale, et de la *sécrétion lacrymale* dans les névralgies du trijumeau. Des symptômes analogues se rencontrent accidentellement dans d'autres maladies nerveuses. Les plus faciles à constater, ce sont les désordres de la *sécrétion sudorale*, dont l'interprétation a gagné considérablement depuis la démonstration que LUCHSINGER a faite, le premier, de l'existence de « nerfs sudoraux » (dérivant pour la majeure partie du grand sympathique). On voit assez fréquemment, chez les personnes atteintes d'affections nerveuses, d'une part une augmentation anormale de la sécrétion sudorale (*Hyperidrose, Ephidrose*), et

d'autre part une diminution ou une suppression totale de la même sécrétion (*Anidrose*). La première p. ex. se remarque du côté paralysé chez beaucoup d'hémiplégiques et chez les personnes frappées de paralysies spinales, la seconde dans le tabes dorsal. Assez souvent, ces anomalies de la sécrétion sudorale sont combinées avec des troubles vasomoteurs, dans certaines névroses générales (hystérie, neurasthénie, etc.). En quelques rares circonstances, on a pu observer une véritable *hématidrose* (sueur de sang). Un fait intéressant à noter, c'est l'état désigné sous le nom d'*hyperidrose monolatérale* (sueur affectant une moitié du corps) et qui présente cela de particulier que la sécrétion anormale se montre d'un côté de la face, plus rarement à un bras ou de tout un côté du corps. Cette affection est le plus souvent associée à la migraine, à la maladie de Basedow, à l'hystérie, etc. et dépend, au moins dans une série de cas, d'une lésion directe du grand sympathique. En revanche, nous avons nous-même connu plusieurs personnes (très bien portantes d'ailleurs), chez lesquelles la transpiration, s'effectuant cette fois-ci dans des conditions normales (chaleur, fatigue corporelle), se limitait à une moitié du corps, la figure surtout.

Pour finir, rappelons brièvement les phénomènes qu'on observe après les **lésions directes du grand sympathique au cou** (contusions, compression par des tumeurs avoisinantes, etc.). S'agit-il d'une *paralysie du sympathique*, on remarque presque constamment du côté atteint, le *rétrécissement de la pupille* (paralysie du muscle dilatateur de la pupille, qui reçoit son innervation du sympathique) très souvent associé à une lenteur de la réaction pupillaire, ensuite la *diminution de la fente palpébrale* (paralysie du muscle de Müller), et aussi dans les cas anciens la *rétraction du globe oculaire*, parfois enfin une *augmentation d'injection et de chaleur* à l'oreille et à la joue (trouble vasomoteur), de même qu'une *hypersécrétion sudorale* dans les mêmes parties. Disons encore que d'après MÖBIUS la dilatation pupillaire réflexe qui se produit normalement par les irritations douloureuses de la peau de la face, fait défaut en cas de paralysie du grand sympathique. Des phénomènes inverses se montrent dans les états d'*irritation du grand sympathique*. Dans les deux cas on voit parfois surgir de légers désordres trophiques dans la joue. Nous avons parlé plus haut des symptômes relevant du grand sympathique, qui compliquent certaines plaies du plexus brachial.

CHAPITRE DEUXIÈME.

HÉMICRANIE.

(Migraine.)

Étiologie. Par migraine on entend une espèce particulière de céphalalgie qui se déclare d'un seul côté de la tête et qui semble le plus souvent dépendre de troubles vasomoteurs ou du moins leur être presque toujours associée. Cette maladie se présente surtout chez la *femme*, moins fréquemment chez l'homme, et date ordinairement de la *jeunesse*, principalement de l'époque de la puberté. Cependant on a rencontré à diverses reprises des cas types de migraine chez des enfants en âge d'école. Ce sont assez ordinairement, mais *pas toujours*, des femmes dotées d'un tempérament névrosique, souffrant d'anémie ou de désordres menstruels, qui paient leur tribut à cette affection. L'*hérédité* paraît également jouer un rôle dans la genèse de l'hémicranie, attendu que d'une part les parents la transmettent comme telle aux enfants et que de l'autre elle se montre quelquefois dans des familles entachées de diverses névroses (épilepsie, hystérie, psychoses). Comme *causes occasionnelles* à invoquer, non seulement en ce qui concerne les accès considérés en eux-mêmes, mais encore pour expliquer l'origine de la maladie, citons les fatigues corporelles et intellectuelles, les émotions morales profondes, les troubles de la digestion, l'abus de l'alcool, etc.

Nous manquons de notions sur la cause essentielle de la migraine. A en juger par les symptômes vasomoteurs qui accompagnent communément la migraine, on admet généralement qu'elle doit être considérée comme une *affection du grand sympathique*. Cependant convenons avec MÖBIUS que cette opinion n'est nullement démontrée et que les symptômes sympathiques concomitants ne surgissent peut-être que secondairement et par voie réflexe sous l'influence de la douleur. Nous ne sommes pas mieux renseigné sur le véritable *siège de la douleur*, cependant il est probable qu'il faut la localiser dans les méninges (pie-mère et dure-mère).

Symptômes et marche morbide. La migraine se présente toujours sous forme d'*accès*, séparés par des intervalles de temps de différente longueur, mais qui observent souvent une régularité remarquable dans leur ordre de succession. Il arrive parfois que chez la femme les accès coïncident avec l'époque des règles. Le côté *gauche* de la tête est beaucoup plus fréquemment atteint que le côté droit. Dans quelques circonstances la douleur se place alternativement à droite et à gauche; dans d'autres elle n'est pas rigoureusement circonscrite à un seul côté.