

aussi susceptibles d'être frappés. L'atrophie musculaire, la réaction électrique, la sensibilité électrique, les réflexes se comportent comme aux extrémités inférieures.

Les *muscles de la face* (facial) sont rarement frappés, si ce n'est dans des cas insolites. Dans quelques cas de polynévrite d'un caractère très aigu et grave, il se déclare aussi des *paralysies des muscles de l'œil*, de manière que les yeux perdent presque complètement leur mobilité. D'après les rares données nécropsiques dont nous disposons, il paraît que dans ces circonstances il s'agit non pas d'une névrite des nerfs des muscles de l'œil, mais de la production d'une multitude de petits *foyers hémorragiques* au voisinage du 3<sup>me</sup> ventricule, par conséquent dans la région des nucléoles de ces nerfs (*polioencéphalite hémorragique supérieure*, v. plus loin).

Des *troubles psychiques* ont fréquemment été notés, de préférence dans la polynévrite alcoolique. Ils se déclarent tantôt comme un délirium tremens ordinaire, tantôt sous forme d'une manie aiguë commune, d'une hyperphrénie, etc.

La *forme atactique* de la polynévrite alcoolique peut se manifester également d'une manière aiguë, de telle sorte que l'incapacité de marcher qui frappe soudainement le malade dépend d'une véritable *ataxie des jambes*. Il est vrai que l'ataxie est le plus souvent associée à une *parésie* prononcée, au moins dans quelques circonscriptions musculaires (fessiers, péroniers, radiaux). Quelquefois on ne parvient que par une investigation minutieuse à découvrir l'ataxie voilée par une parésie plus considérable. Les réflexes patellaires sont le plus souvent (pas constamment) supprimés, la sensibilité n'est ordinairement troublée que d'une façon peu marquée, à part les douleurs et les paresthésies. Les fonctions vésicales restent indemnes ou peu s'en faut.

De plus grande importance, parce que au regard du diagnostic elle est plus difficile à apprécier, on considère la *forme chronique de l'ataxie alcoolique*, le *pseudo-tabes* proprement dit des alcooliques. Ici on voit se développer avec une lenteur relative, un tableau morbide qui peut revêtir un aspect très semblable au tabes authentique : démarche atactique, douleurs lancinantes, quelquefois même une sorte de sensation de barre, absence de réflexes patellaires, légers troubles de la miction, désordres manifestes de la sensibilité et ainsi de suite. Ce tableau morbide devient encore plus identique avec le véritable tabes, quand il s'y joint de la diplopie passagère, ce qui d'après GOWERS peut même se produire assez souvent et ce que nous avons observé nous-même. En ces cas ce n'est qu'à la faveur d'un examen approfondi qu'on peut éviter de confondre la maladie avec le vrai tabes. Le trait différentiel le plus important est fourni par les *pupilles qui continuent toujours de réagir dans le pseudo-tabes*. En outre il y a lieu de noter que dans le pseudo-

tabes les troubles urinaires ne sont que peu marqués, font souvent entièrement défaut, qu'il existe une sensibilité directe à la pression des muscles et des nerfs et que dès le début, à part l'ataxie, il y a moyen ordinairement de démontrer l'existence d'une légère, si pas d'une réelle et forte parésie dans quelques départements musculaires (v. plus haut). Enfin entre naturellement en ligne de compte la prise en considération du facteur étiologique, de l'alcoolisme chronique prononcé. Il y a lieu de remarquer d'ailleurs que dans le pseudo-tabes alcoolique, l'affection anatomique, comme nous pouvons l'affirmer sur la foi de notre propre expérience, ne se borne probablement pas aux nerfs périphériques de préférence, mais intéresse également certaines traînées de fibres qui suivent une direction centripète dans les cordons postérieurs de la moelle (Cordon de Goll entr'autres).

La *marche* de ce pseudo-tabes peut comporter plusieurs années. Le pronostic est beaucoup plus favorable que dans le tabes vrai. Des améliorations notables, même, dans les cas légers, des guérisons complètes peuvent se déclarer. Cependant il y a aussi des formes graves et incurables, étant donné qu'on rencontre parfois des complications dangereuses (tuberculose, etc.).

Toutes les formes aiguës de la névrite alcoolique autorisent un assez bon pronostic, pourvu qu'aux abus alcooliques il soit mis un terme définitif. Alors on peut constater souvent des guérisons parfaites en l'espace de quelques semaines ou mois. Par ailleurs il y a souvent des récives qui alors traînent considérablement en longueur.

Le *traitement* des névrites alcooliques doit insister tout d'abord sur la suppression aussi totale que possible du prolongement de l'abus de l'alcool. Alors le plus souvent on peut enregistrer dans les cas légers une guérison spontanée. A ce résultat avantageux viennent en aide le traitement *électrique* (galvanique) et l'administration de *bains salins tièdes*. A l'intérieur on donne la préférence aux *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 *névromes véritables* sont constitués par des fibres nerveuses de formation nouvelle, le plus souvent composées de myéline (*névrome myélinique* de VIRCHOW) et qui sont enveloppées d'une gangue parfois très épaisse de tissu cellulaire. Ces névromes se développent ordinairement 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 intérêt pathologique particulier s'attache aux soi-disant *névromes multiples* ou aux *productions névro-fibromateuses* qui se forment en même temps et en énorme quantité (par centaines) sur presque tous les nerfs périphériques, sur les plexus sympathiques de la cavité abdominale, sur les nerfs cérébraux (le nerf vague entre autres). Les plus petites de ces tumeurs ont la grosseur d'un grain de mil, les plus grandes atteignent la dimension d'un œuf de pigeon ou d'un pouce. Les nerfs de cette façon se transforment en cordons épais, parsemés de bosselures irrégulières qui, du vivant des malades, se font sentir de toutes parts sous la peau (aux nerfs du bras, aux nerfs cruraux, aux intercostaux et ainsi de suite). Ce remarquable état de chose ne peut naturellement s'expliquer que par une disposition native anormale du système nerveux à la génération des tumeurs, hypothèse en faveur de laquelle parle encore l'apparition quelquefois héréditaire de ces formations névromateuses multiples. — D'ailleurs le mot « névrome » n'est pas bien choisi. Il s'agit beaucoup plus de *fibromes* (tumeurs consistant en tissu cellulaire) à travers lesquels les fibres nerveuses passent sans subir d'altération (névromatose). De là vient encore que, ainsi que nous l'avons observé une fois, en dépit d'une formation névro-fibromateuse étendue, il peut y avoir absence de toute manifestation nerveuse, pas de douleurs, pas d'anesthésies, pas de paralysies. Il y a cependant d'autres observations qui ont été citées, où ces tumeurs provoquaient des symptômes manifestes et même graves.

Parmi les autres tumeurs des nerfs, il faut signaler les *sarcomes* qui se présentent aussi en nombre et donnent lieu en ce cas à des tableaux morbides très compliqués. — 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 dont 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, pendant que les nodosités rétrocedent 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.

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 très souvent adoucir momentanément les souffrances.