

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES LOCALES

#### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Afin de procéder du simple au composé nous commencerons l'étude des maladies du système nerveux par celle des maladies des nerfs; puis viendront les maladies de la moelle, du bulbe et de la protubérance, du cerveau et du cervelet.

Certaines maladies, comme la sclérose en plaques disséminées et la paralysie générale, portent à la fois sur la moelle et sur l'encéphale et on serait tenté d'en former une classe spéciale; nous nous conformerons à l'usage en plaçant ces maladies parmi celles de la moelle ou celles de l'encéphale, suivant que les symptômes spinaux ou cérébraux seront prédominants.

Nous étudierons en dernier lieu les maladies des méninges cérébrales et les névroses. Pour les maladies mentales nous renverrons le lecteur aux traités spéciaux.

#### MALADIES DES NERFS

##### NÉVRITE.

La névrite ou inflammation des nerfs est une maladie très-commune, bien que la plupart des traités de pathologie interne et d'anatomie pathologique la passent sous silence ou lui assignent du moins un rôle des plus modestes; la névrite se termine rarement par la mort et, en l'absence de preuves anatomiques, on hésite encore à faire rentrer dans son histoire des névralgies ou des paralysies périphériques qui, d'après toutes les vraisemblances, doivent y être rapportées.

ÉTIOLOGIE. — La névrite est spontanée ou bien elle est provoquée par un traumatisme, par la compression due à une tumeur,



ou par l'inflammation d'un organe voisin. Nous n'avons pas à nous occuper ici des névrites traumatiques; néanmoins, comme ces névrites, bien étudiées par W. Mitchell, sont les mieux connues, nous aurons plus d'une fois à comparer les effets de la névrite spontanée à ceux de la névrite traumatique, qui a, pour ainsi dire, la valeur d'une maladie expérimentale.

Les nerfs, qui sont placés au voisinage d'organes enflammés ou qui traversent des foyers de suppuration, sont souvent atteints de névrite. C'est ainsi que les maladies de la plèvre se compliquent souvent de névrite intercostale et que le psoïtis s'accompagne presque toujours d'une inflammation de quelques-unes des branches du plexus lombaire. Chez la plupart des phthisiques il existe de la névrite des premiers nerfs intercostaux, ce qui tient à la fréquence chez ces malades de la pleurésie du sommet.

Parmi les causes de la névrite spontanée, il faut citer en première ligne les refroidissements.

DESCRIPTION. — La névrite peut être aiguë ou chronique.

La *névrite aiguë* spontanée est rare, le nerf malade est le siège de douleurs extrêmement vives, généralement continues avec des exacerbations; la pression est douloureuse sur tout son trajet, principalement au niveau des points où le nerf est superficiel et par suite moins bien protégé par les parties molles. Quelquefois le trajet du nerf se dessine sur la peau par une traînée rougeâtre, comme dans la lymphangite, ce qui tient à l'injection vive du névri-lemme et du tissu conjonctif ambiant; les douleurs s'irradient dans les nerfs voisins; enfin on voit se produire des lésions de nutrition dont nous parlerons plus loin à propos des névrites subaiguës et chroniques.

La névrite aiguë se termine par résolution ou bien elle passe à l'état chronique, elle peut aussi devenir ascendante et provoquer une myélite aiguë.

Dans la *névrite chronique* les nerfs malades sont augmentés de volume; lorsqu'ils sont gros et superficiels, comme le sciatique, on peut les sentir à la palpation sous forme de cordons plus ou moins durs.

Les *troubles de la sensibilité* sont ceux qui attirent en général le plus l'attention. La pression est douloureuse sur tout le trajet des nerfs, tandis que dans les névralgies il existe des points plus spécialement douloureux. Les douleurs spontanées suivent le trajet des nerfs; elles peuvent être intermittentes même dans des cas de

névrite traumatique (W. Mitchell), le plus souvent elles sont continues avec des exacerbations; les douleurs sont ou lancinantes ou cuisantes. Chez quelques malades, à la suite des vives souffrances occasionnées par la névrite, la totalité du corps s'hyperesthésie, toute sensation se transforme en douleur (W. Mitchell).

L'anesthésie qui succède souvent à l'hyperesthésie, peut porter à la fois sur la sensibilité tactile, sur la sensibilité générale ou à la douleur et sur le sens de la température. Comme il est question pour la première fois de ces différentes espèces de sensibilités, nous devons nous y arrêter un peu et indiquer les moyens de les explorer.

*Sensibilité tactile.* Après avoir bandé les yeux du malade, on touche la surface de la peau avec la pointe d'un crayon mousse ou bien on opère une légère traction sur les poils de la région qu'on veut explorer; si la sensibilité est conservée le malade apprécie parfaitement les moindres impressions du crayon, les plus légères tractions sur les poils; si elle est diminuée, la pression et la traction pour être perçues ont besoin d'être faites avec plus de force, enfin quand la sensibilité tactile est abolie le malade ne sent plus rien, il ne peut plus dire quelle est la région touchée. Ce sont là des approximations qui suffisent d'ordinaire dans la pratique; quand on veut mesurer exactement la sensibilité tactile il faut se servir d'un instrument spécial, l'*æsthésiomètre*; c'est un compas à pointes mousses, qui porte une échelle permettant d'apprécier l'écartement des branches; après avoir bandé les yeux du malade, on cherche la moindre distance à laquelle les pointes du compas donnent deux impressions distinctes. Cette distance varie beaucoup à l'état normal suivant les régions; à la joue et à la paume de la main, elle est de 5 millimètres seulement, tandis qu'à la cuisse elle est de 50 millimètres environ. Il existe des tables dressées par Weber et par M. Manouvriez, qui donnent les distances limites normales; les variations individuelles sont assez grandes, de sorte qu'il faut autant que possible opérer sur les régions saines, puis sur les régions malades chez le même individu; les pointes du compas doivent être appliquées en même temps, et leur température doit être à peu près égale à celle de la peau; M. Manouvriez a conseillé de construire des *æsthésiomètres* à pointes isolantes d'ivoire; la partie qu'on examine doit être dans l'immobilité complète.

*Sensibilité générale ou sensibilité à la douleur.* Pour l'apprécier on se sert d'une aiguille que l'on pique plus ou moins profondément



suivant que l'anesthésie est plus ou moins complète. On peut employer aussi la brosse électrique, qui fournit quelquefois des sensations, alors que les piqûres d'aiguille ne sont plus perçues.

*Sens de la température.* On l'apprécie en mettant en contact avec la peau des objets froids ou chauds, un morceau de glace, par exemple, et un objet métallique quelconque préalablement chauffé à 40 ou 50 degrés. Cette sensibilité à la température est quelquefois pervertie, les corps froids donnent une sensation de brûlure et réciproquement les corps chauds une sensation de froid. En général la sensibilité à la température subit les mêmes variations que la sensibilité à la douleur.

Les troubles de la motilité, dans la névrite chronique, consistent en contractures spasmodiques, en spasmes douloureux qui, dans la névrite traumatique, peuvent se produire au moment de la blessure, sous l'influence d'une excitation réflexe, ou bien à une époque éloignée, comme conséquence de l'altération progressive des nerfs; quand cette altération a envahi la plupart des faisceaux nerveux, la paralysie succède à la contracture.

Si l'inflammation siège dans un nerf exclusivement moteur, comme le facial, ou exclusivement sensitif comme la grosse branche du trijumeau, les troubles de sensibilité font défaut dans le premier cas, les troubles de motilité dans le deuxième.

Les troubles de nutrition ou *troubles trophiques* portent principalement sur la peau. On voit se produire des éruptions vésiculeuses ou bulleuses, la peau prend un aspect lisse et rougeâtre, les ongles s'incurvent, ils sont épaissis, desséchés, squameux, les poils, les cheveux changent de couleur ou tombent, le tissu conjonctif sous-cutané est quelquefois le siège d'un œdème local dur. Parmi les troubles trophiques les plus communs, il faut citer : 1° les groupes d'herpès qui se développent sur le trajet des nerfs enflammés et qui constituent le *zona*; 2° une altération de la peau qui a été décrite sous les noms de *glossy skin* (peau lisse), de *causalgie* (W. Mitchell) et d'*érythème* (Mougeot); la peau est d'un rouge vif ou marbrée de taches rouges et blanches; elle présente une surface tendue, luisante comme si elle avait été revêtue d'une couche de vernis. Paget a comparé très-justement cet aspect à celui des engelures; il existe des douleurs plus ou moins vives et en particulier une sensation de cuisson; des vésicules ou de petites bulles apparaissent souvent sur les surfaces érythémateuses.

La peau est sèche ou bien, au contraire, il se produit des sueurs locales.

En dehors des altérations de la peau et de ses annexes on peut observer l'atrophie rapide des muscles innervés par le nerf enflammé et des arthrites analogues aux arthrites rhumatismales.

Le zona ophthalmique se complique souvent de kératite et il peut en résulter une fonte de l'œil.

*Variétés. Complications.* La clinique démontre clairement que certaines sciatiques et certaines paralysies périphériques des nerfs circonflexe et cubital doivent rentrer dans les névrites; on peut prévoir que ces maladies, ainsi que la plupart des paralysies périphériques du radial et du facial seront décrites un jour sous les noms de *névrite sciatique*, *névrite circonflexe*, *névrite cubitale*, *névrite radiale*, *névrite faciale*; mais les preuves anatomiques faisant défaut, nous ne nous croyons pas encore autorisés à tenter cette innovation. Nous nous conformerons donc à l'usage en décrivant à part les paralysies périphériques.

La maladie décrite sous le nom de trophonévrose faciale est très-probablement aussi occasionnée par une névrite; ici encore il faut attendre les révélations de l'anatomie pathologique.

La névrite et la périnévrite optique sont assez communes; il s'agit presque toujours d'altérations secondaires à des maladies de l'encéphale.

La névrite a de la tendance à se propager vers les centres. C'est ainsi qu'on peut voir une névrite du plexus brachial se compliquer au bout de quelque temps d'une paralysie et d'une atrophie du membre du côté opposé, puis de tous les symptômes d'une myélite aiguë ou chronique. Leyden, Charcot, Poncet ont publié des faits très-probants à cet égard. Leudet a vu une névrite développée sous l'influence de l'asphyxie par la vapeur de charbon se compliquer de myélite huit jours après son début. Les altérations des nerfs de la queue de cheval peuvent déterminer une sclérose secondaire des faisceaux spinaux postérieurs.

Les expériences de Tiesler et de Hayem sur des animaux démontrent la réalité des névrites ascendantes qui, dans certains cas, paraissent être la cause du tétanos.

Graves a émis il y a longtemps l'opinion que certaines paraplégies *a frigore* étaient produites par une névrite ascendante, et cette explication est aujourd'hui adoptée par un grand nombre d'auteurs pour



les myélites qui succèdent à des inflammations des organes génito-urinaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le tissu conjonctif des nerfs qui est atteint primitivement dans la névrite comprend : 1° le tissu conjonctif intra-fasciculaire, qui entoure les tubes nerveux dans les faisceaux primitifs; 2° les gaines lamelleuses qui entourent les faisceaux primitifs de tubes nerveux; 3° le tissu conjonctif extra-fasciculaire qui réunit les faisceaux primitifs et qui, en se condensant à la surface constitue le névrilemme.

Le plus souvent la névrite a son siège dans le tissu conjonctif extra-fasciculaire; c'est ce qu'on observe dans les nerfs qui ont été comprimés par des tumeurs ou qui se sont trouvés pendant quelque temps au voisinage d'un organe enflammé, dans un foyer de suppuration, etc. Le tissu conjonctif extra-fasciculaire prolifère, le nerf enflammé s'épaissit et s'indure, les tubes nerveux sont plus ou moins comprimés, d'où les douleurs, les spasmes musculaires et les contractures; mais les éléments nerveux protégés par les gaines lamelleuses résistent pendant longtemps.

Dans d'autres cas l'inflammation envahit le tissu conjonctif intra-fasciculaire; elle peut être limitée alors à quelques faisceaux d'un nerf, et à l'œil nu il est impossible de reconnaître que le nerf est altéré; l'épaississement du tissu conjonctif intra-fasciculaire retentit rapidement sur la structure des tubes nerveux, qui deviennent variqueux et qui tendent à disparaître. La névrite intra-fasciculaire paraît pouvoir prendre une marche ascendante très-aiguë.

Des faits rapportés par O. Wiss et Weidner, il résulte que l'inflammation qui aboutit au zona ophthalmique peut occuper le ganglion de Gasser.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le caractère des douleurs spontanées qui sont en général continues, avec exacerbations, et qui suivent le trajet des nerfs malades, les douleurs à la pression qui ne se limitent pas à certains points comme dans les névralgies, enfin les lésions trophiques constituent les principaux caractères des névrites. Il faut toujours rechercher s'il n'existe pas sur le trajet des nerfs malades quelque cause d'irritation ou de compression; la névrite du sciatique, par exemple, est souvent produite par des tumeurs du bassin. On doit également interroger avec soin les centres nerveux, car il arrive souvent que des maladies qui paraissent se rattacher à des lésions nerveuses périphériques se compliquent au bout de

quelque temps de symptômes qui ne laissent pas de doutes sur leur origine centrale.

La névrite menace rarement la vie des malades, mais par l'acuité et la persistance des douleurs, par les altérations trophiques qu'elle ne tarde pas à déterminer, elle constitue une maladie très-sérieuse; on doit toujours craindre sa marche ascendante.

Des lésions de nutrition, des contractures très-prononcées et persistantes, une anesthésie ou une paralysie complète sont généralement des symptômes de mauvais augure. Il faut interroger la contractilité musculaire à l'aide de l'électricité; tant que les muscles se contractent si peu que ce soit, il y a espoir (Duchenne, W. Mitchell).

TRAITEMENT. — Dans la névrite aiguë on emploiera les émissions sanguines locales, ventouses scarifiées ou sangsues sur le trajet du nerf, puis les révulsifs et en particulier les vésicatoires. Dès le début il faut calmer les douleurs vives, et le meilleur moyen d'atteindre rapidement ce but consiste dans l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine; on peut aussi faire absorber la morphine à la surface des vésicatoires. On cherchera, bien entendu, à écarter toutes les causes d'irritation qui ont pu agir sur le nerf.

Dans la névrite chronique, ce sont les révulsifs, les vésicatoires appliqués sur le trajet du nerf malade qui rendent le plus de services, avec les injections hypodermiques destinées à soulager les douleurs. Lorsqu'il y a lieu de penser que le processus inflammatoire est en voie de décroissance, on doit faire usage de l'électricité pour faciliter le retour des fonctions nerveuses et principalement pour empêcher l'atrophie des muscles en attendant que les fonctions du nerf malade se rétablissent complètement. On a conseillé tour à tour les courants continus et la faradisation localisée; c'est ce dernier procédé qui nous paraît le plus efficace. Les frictions et le massage sont utiles pour rétablir les fonctions de la peau.

BEAU. De la névrite et de la névralgie intercostales (Arch. gén. de méd., 1847). — Du même. De la névrite intercostale dans la phthisie pulmonaire (Union méd., 1849). — W. MITCHELL, MOREHOUSE et KEEN. Recherches sur les lésions traumatiques des nerfs. Philadelphie, 1864. — LEUDET. Arch. gén. de méd., 1865. — DUMÉNIL. Névrite chronique ascendante (Gaz. hebdom., 1866). — JACCOUD. Atrophie nerveuse progressive (Leçons de clin. méd., 1867). — MOUGEOT. Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs, thèse, Paris, 1877. — COUYBA. Des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs, thèse, Paris, 1871. — O. WISS. Beitrag z. Kenntniss der Herpes zoster (Arch. der Heilkunde, 1874). — HYBORD. Du zona ophthalmique, thèse, Paris, 1872. — CHARCOT.



Leçons sur les malad. du syst. nerveux, 1872. — PORSON. Thèse, Paris, 1873. — PIERRET. Plusieurs cas de névrite parenchymateuse, (Arch. de physiol. 1874). — KLEMM. Ueber neuritis migrans, thèse, Strasbourg, 1874. — W. MITCHELL. Des lésions des nerfs et de leurs conséquences. Traduct. de Dastre. Paris, 1874. — HAYEM. Des altérations médullaires que provoquent les lésions des nerfs (Arch. de physiol., 1873 et Soc. de biologie, 1875). — PONCET. Soc. de biol. et Gaz. méd., 1875. — RENDU. Des anesthésies spontanées, thèse d'agrégation, Paris, 1875. — LANDOUZY. De la sciatique et de l'atrophie musculaire qui peut la compliquer (Arch. gén. de méd., 1875). — MANOUVRIEZ. Nouvel œsthésiomètre à pointes isolantes (Arch. de physiol., 1876). — LABADIE LAGRAVE. Art. Nerfs (pathol. int.) in Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat., 1877, t. XXIII. — J. RENAULT. Art. Nerfs (anatomie) in Diction. encyclop. des sc. médicales. — H. EIGHORST. Un cas de névrite aiguë progressive (Arch. de Virchow, 1877). — A. LAVERAN. Contrib. à l'anat. pathol. du tétanos et de la névrite ascendante aiguë (Arch. de physiol., 1877). — ROSENTHAL. Traité clin. des malad. du syst. nerveux. Traduct. de Lubanski. Paris, 1877. — FOURNIER-BERGERON. Contribution à l'étude de la névrite ascendante, thèse, Paris, 1878. — CH. FERNET. De la Sciatique et de sa nature. (Arch. gén. méd. 1878. ROSENBACH. — Rech. experim. sur la névrite (Arch. f. experim. Path., 1877, anal. in Rev. des Sc. méd., 1878, t. XI, p. 486).

## NÉVRALGIES.

Chaussier a proposé, en 1801, le mot *névralgies* pour désigner les affections douloureuses ayant leur siège dans les nerfs cérébro-spinaux. Quelques auteurs, Valleix et Grisolle en particulier, ont fait rentrer dans la définition de la névralgie l'absence de toute lésion matérielle des nerfs qui sont le siège des douleurs. Il est impossible d'affirmer que la névralgie est une maladie purement fonctionnelle, *sine materiâ*; il est bien probable, au contraire, que quand un nerf périphérique devient douloureux sous l'influence du froid, par exemple, c'est qu'il y a eu quelque modification apportée dans sa structure; nous ignorons la véritable nature de cette altération, ce n'est pas une raison pour la nier. Dans l'état actuel de la science le mieux est de se contenter d'une définition purement symptomatique et de dire: la névralgie est une maladie du système nerveux périphérique, caractérisée par des douleurs paroxystiques, rémittentes ou intermittentes qui suivent exactement le trajet des nerfs et qui ne s'accompagnent pas, comme dans la névrite, de troubles trophiques. Il est certain que cette définition ne trace pas exactement la limite de la névrite, et de la névralgie, mais puisque cette incertitude existe dans les faits, il serait absurde de vouloir la supprimer entièrement dans les mots.

Les névralgies peuvent siéger dans les nerfs du grand sympathique qui se distribuent aux organes internes, c'est ainsi qu'il existe une gastralgie, une entéralgie, etc...; nous ne nous occuperons pas ici des névralgies viscérales, dont la description viendra

plus naturellement à propos des maladies de chaque organe en particulier.

ÉTIOLOGIE. — Au point de vue étiologique, on peut diviser les névralgies ainsi qu'il suit: 1° *névralgies de cause directe* produites le plus souvent par le froid, par la compression ou la contusion des nerfs; la carie dentaire est une des causes les plus communes de la névralgie faciale, qui, d'abord localisée à une des branches du trijumeau, finit par donner lieu à des douleurs irradiées dans la plupart des autres branches de ce nerf; 2° *névralgies de cause réflexe*, telles sont les névralgies qui se produisent à la suite d'affections viscérales, la névralgie lombo-abdominale, par exemple, qui est si commune à la suite des maladies de l'utérus; 3° *névralgies qui se rattachent à des maladies générales*, anémie, fièvres palustres, saturnisme; nous avons eu déjà l'occasion de nous occuper de cette dernière classe de névralgies, notamment des névralgies intermittentes, qui constituent une des variétés les plus communes des fièvres larvées; nous n'aurons à y revenir ici qu'au point de vue du diagnostic différentiel.

DESCRIPTION. — *Caractères généraux.* Les symptômes des névralgies sont naturellement assez variables suivant que tel ou tel nerf est atteint; mais avant de nous occuper des différences qui résultent de telle ou telle localisation, il est nécessaire d'indiquer les caractères généraux des névralgies, afin d'éviter des redites à propos de chaque névralgie en particulier.

Les névralgies siègent généralement d'un seul côté du corps, elles sont *unilatérales* et on les observe plus souvent à gauche qu'à droite.

La *douleur* est le symptôme fondamental des névralgies; il y a lieu de distinguer la *douleur spontanée* et la *douleur provoquée*.

Les malades accusent une douleur sourde, contusive, dans la région innervée par le nerf malade et des élancements, des *éclairs de douleurs*, suivant l'expression dont ils se servent souvent; ces élancements se reproduisent avec une fréquence très-variable; dans quelques cas et en dehors de toute influence palustre, les douleurs prennent une forme intermittente, les malades ont chaque jour, à peu près à la même heure, des accès douloureux qui durent plus ou moins longtemps, et dans l'intervalle de ces accès ils ne se ressentent pas de leur névralgie.

Il n'est pas rare de voir une névralgie d'abord localisée dans