

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. EICHORST. 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

une branche d'un nerf ou d'un plexus nerveux, s'étendre peu à peu à toutes les branches du nerf ou du plexus.

La peau est souvent hyperesthésiée au niveau des expansions terminales du nerf malade, le moindre attouchement détermine une sensation désagréable; plus fréquemment il est nécessaire d'exercer une pression un peu forte pour provoquer des douleurs, et on constate facilement que le nerf n'est pas également sensible sur tout son trajet; il existe des *points douloureux* qui ont été étudiés avec beaucoup de soin par Valleix.

Les points douloureux névralgiques ne sont pas disposés au hasard, on les trouve : 1° aux points d'émergence des troncs nerveux (points sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier, dans la névralgie faciale); 2° dans les points où un nerf traverse un muscle pour se rapprocher de la peau et s'y distribuer; (telles sont les branches postérieures des nerfs spinaux qui donnent lieu au point douloureux postérieur dans la névralgie intercostale); 3° dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments; 4° aux endroits où les troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très-superficiels.

Trousseau attribuait une grande importance à un *point douloureux apophysaire* qui, d'après lui, existerait toujours au niveau des apophyses épineuses des vertèbres dans le point où le nerf douloureux s'engage dans les trous de conjugaison.

La recherche des points douloureux est facile quand on connaît bien la disposition des nerfs; lorsque les nerfs sont superficiels et que les douleurs sont très-vives, la pression doit être légère; si, au contraire, on cherche les points douloureux là où les nerfs sont bien protégés (partie supérieure du sciatique, branches postérieures des nerfs dorsaux), la pression doit être forte.

Lorsqu'un point douloureux a été comprimé à plusieurs reprises il peut se faire que la douleur disparaisse momentanément (Valleix, Bassereau).

Les organes dans lesquels se rendent les nerfs peuvent être troublés dans leurs fonctions, les muscles sont agités quelquefois par des contractions involontaires; la sécrétion des larmes est augmentée pendant les paroxysmes de la névralgie faciale. Dans les névralgies invétérées il peut y avoir une légère atrophie des muscles condamnés au repos par la persistance des douleurs; lorsque les troubles trophiques sont bien marqués et surtout lorsqu'ils se produisent de

bonne heure, on doit en conclure à l'existence d'une névrite.

Nous allons maintenant passer en revue les variétés les plus communes des névralgies en signalant les caractères particuliers à chacune d'elles; nous nous occuperons ensuite du traitement des névralgies en général.

Névralgie de la cinquième paire ou névralgie faciale. Les points douloureux principaux correspondent exactement aux points d'émergence des branches du trijumeau : *point sus-orbitaire, point sous-orbitaire, point mentonnier*; en outre, on trouve souvent un point douloureux nasal à l'union de l'os nasal avec le cartilage de l'aile du nez et d'autres points douloureux au niveau des bosses frontale et pariétale. D'après Trousseau, les apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales seraient douloureuses à la pression; c'est là un symptôme au moins inconstant de la névralgie faciale. L'une des branches du trijumeau peut être atteinte isolément, la branche sus-orbitaire par exemple; alors on ne trouve que le point douloureux correspondant à cette branche, lorsque le nerf buccal est pris, il en résulte des douleurs intolérables pendant la mastication.

Les muscles de la face sont agités, chez quelques malades, de mouvements convulsifs qui constituent le *tic douloureux* de la face; au moment des paroxysmes l'œil du côté correspondant à la névralgie devient souvent rouge et larmoyant, il peut y avoir hypersécrétion du mucus nasal. Les dents et les bulbes des cheveux sont le siège d'une hyperesthésie très-douloureuse.

Trousseau a décrit sous le nom de *névralgie épileptiforme* une variété extrêmement douloureuse et rebelle de la névralgie faciale; le nom de névralgie épileptiforme a été critiqué avec raison, car cette affection ne paraît avoir aucune parenté avec l'épilepsie. Cette forme grave de la névralgie faciale se caractérise par des douleurs très-vives, paroxystiques, dans une ou plusieurs branches du trijumeau; le malade ressent tout à coup une horrible douleur dans un des côtés de la face, il porte vivement ses mains à la région douloureuse qu'il frictionne violemment; s'il était assis, il se lève et se promène en poussant des gémissements, ou bien il se répand en imprécations; la figure grimace sous l'étreinte de la souffrance, parfois tous les muscles d'un côté de la face sont agités de mouvements convulsifs. Ces accès durent dix, quinze secondes, une minute au plus, mais ils peuvent se reproduire un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures et l'on conçoit que l'existence

devienne intolérable; l'imminence d'un nouvel accès empoisonne même les moments de répit, les malades n'osent plus ni parler, ni même manger, car les mouvements nécessaires à ces actes réveillent les douleurs; les moindres alternatives de chaud ou de froid donnent lieu aussi à des paroxysmes (Trousseau). La guérison est exceptionnelle, et c'est à grand'peine que l'on procure aux malades un soulagement temporaire.

Cette forme grave est heureusement rare; le plus souvent les douleurs de la névralgie faciale cèdent à un traitement approprié, mais les rechutes sont communes.

La névralgie faciale est souvent confondue avec l'odontalgie; les malades se font enlever successivement plusieurs dents qui ne sont pas cariées et dont l'avulsion ne met pas fin aux douleurs. Lorsque la carie dentaire est le point de départ de la névralgie, l'avulsion des dents malades est au contraire indiquée.

Les névralgies intermittentes d'origine palustre se localisent souvent dans les branches du trijumeau, en particulier dans le nerf sus-orbitaire. Le retour franchement intermittent des douleurs et la facilité avec laquelle elles cèdent au sulfate de quinine sont les meilleurs caractères de la névralgie palustre.

Quelques auteurs ont admis sans preuves suffisantes une névralgie du nerf facial: le nerf facial est un nerf moteur, et rien ne démontre qu'il puisse devenir le siège de sensations douloureuses.

Névralgie cervico-occipitale. Bien décrite pour la première fois par Valleix, la névralgie cervico-occipitale a son siège dans les branches postérieures des quatre premiers nerfs cervicaux et principalement dans le nerf sous-occipital.

Les malades éprouvent dans l'une des moitiés des régions occipitale et cervicale postérieures une douleur continue et gravative, puis des élancements douloureux intermittents, qui partent toujours au-dessous de l'occiput et vont retentir à la partie supérieure du crâne. Les points douloureux principaux sont le *point occipital*, qui correspond à l'émergence du grand nerf occipital; le *point cervical superficiel*, situé sur le bord postérieur du sternomastoïdien, que contournent les branches du plexus cervical; les *points pariétal, mastoïdien et auriculaire*.

On ne confondra la névralgie cervico-occipitale ni avec le torticolis, qui a son siège dans les muscles, lesquels sont contracturés et douloureux à la pression, ni avec la céphalalgie occipitale qui accompagne les tumeurs du cervelet ou qui se montre dans le cours de la

syphilis; dans ces derniers cas, les douleurs sont bilatérales, tandis que la névralgie cervico-occipitale, comme toutes les névralgies, ne siège en général que d'un côté.

Névralgie cervico-brachiale. La plupart des branches du plexus brachial peuvent être le siège des douleurs; le nerf cubital est le plus fréquemment pris; les principaux points douloureux sont le point *axillaire*, le point *épitrochléen* et le point *cubito-carpien*. Les règles générales, formulées plus haut au sujet des points douloureux névralgiques, nous dispensent d'insister longuement sur les motifs de ces localisations; chacun sait que le plexus brachial occupe dans l'aisselle une position superficielle et que le nerf cubital, à son passage dans la gouttière épitrochléenne, n'est recouvert que par la peau; le point cubito-carpien est situé à l'endroit où le nerf cubital passe au-devant du carpe pour se porter dans la paume de la main.

D'autres points douloureux peuvent se rencontrer à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus, à la partie inférieure du radius, au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales et en dehors de ces apophyses dans les points qui correspondent à l'émergence des branches postérieures des nerfs cervicaux.

La névralgie cervico-brachiale ne peut guère être confondue qu'avec un rhumatisme musculaire. La nature paroxystique des douleurs, l'existence des points douloureux sur le trajet des nerfs, l'insensibilité à la pression des masses musculaires permettent d'exclure l'idée de rhumatisme musculaire.

Les douleurs se localisent parfois dans le nerf circonflexe; il en résulte des douleurs vives dans l'épaule, douleurs qui se compliquent souvent d'atrophie et de paralysie du deltoïde. A propos des paralysies locales, nous reviendrons sur cette forme clinique qui vraisemblablement doit être rattachée à une névrite du nerf circonflexe.

Névralgie diaphragmatique ou phrénique. La névralgie du nerf phrénique a été très-bien décrite par M. Peter; elle peut être primitive, idiopathique, et alors elle siège en général à gauche, ou bien elle relève d'une pleurésie diaphragmatique, d'une péricardite ou encore d'affections de la rate ou du foie.

Les malades accusent des douleurs plus ou moins vives à la base de la poitrine d'un côté et dans l'épaule correspondante.

Les foyers de douleur à la pression sont: 1° les *insertions antérieures du diaphragme* aux septième, huitième, neuvième et

dixième côtes; 2° les *insertions postérieures*, surtout celle de la dernière côte; 3° la partie latérale du cou *au-devant du scalène antérieur*; on sait que le nerf phrénique est, en ce point, très-superficiel; quelquefois il existe aussi une douleur sternale au niveau du deuxième ou du troisième espace intercostal; 4° les *apophyses épineuses* qui correspondent aux origines du plexus cervical, surtout celles des troisième et quatrième vertèbres cervicales.

Des douleurs irradiées se font sentir à la partie interne de la clavicule, dans la région latérale du cou, à la mâchoire inférieure, dans l'épaule, enfin dans le bras et la main du côté correspondant.

Parmi les troubles fonctionnels occasionnés par la névralgie du phrénique, il faut citer en première ligne ceux de la *respiration*; tous les mouvements du thorax sont douloureux, les malades qui craignent de réveiller ces douleurs font des inspirations courtes, ils disent que la douleur « coupe la respiration »; l'effort, la toux, le rire, donnent lieu à des souffrances encore plus vives; la mastication est gênée; le bras est engourdi et l'affaiblissement peut aller jusqu'à la paralysie.

Il n'existe pas en général de troubles du côté du cœur dépendant de la névralgie, mais il y a souvent une affection organique du cœur concomitante.

On peut confondre la névralgie du phrénique avec une pleurésie diaphragmatique, avec une péricardite, une hépatite, enfin avec l'angine de poitrine; ces maladies se compliquent du reste souvent de névralgie du phrénique, et lorsqu'on a constaté l'existence de la névralgie, on doit rechercher avec soin s'il n'existe pas dans les organes profonds quelque altération qui l'explique. La pleurésie diaphragmatique et la péricardite donnent à l'auscultation et à la percussion des symptômes assez faciles à interpréter dans la plupart des cas; l'hépatite ne se présente guère que dans les pays chauds et elle s'accompagne d'augmentation de volume du foie, de fièvre, etc...; quant à l'angine de poitrine, elle donne lieu à des accès extrêmement douloureux, caractérisés par une sensation d'oppression et d'angoisse qui fait défaut dans la névralgie phrénique.

Névralgie intercostale. La névralgie intercostale est très-commune, particulièrement chez les sujets nerveux et anémiques, elle siège presque toujours à gauche et occupe en même temps plusieurs nerfs intercostaux. Un grand nombre de maladies des organes thoraciques ou abdominaux se compliquent de névralgie intercos-

tale; telles sont la pleurésie, la phthisie pulmonaire, les maladies du foie, des reins et de l'utérus.

La névralgie intercostale se traduit par une douleur sourde, contusive, au niveau d'un ou plusieurs espaces intercostaux voisins, et par des élancements douloureux qui se produisent de temps à autre, principalement à l'occasion des mouvements respiratoires ou de ceux qui accompagnent la toux et l'éternement.

Les points douloureux à la pression sont au nombre de trois et se répartissent en général ainsi qu'il suit (Valleix): 1° *point postérieur* situé au niveau de la gouttière vertébrale, en dehors des apophyses épineuses; 2° *point moyen latéral*, correspondant à la partie moyenne de l'espace intercostal; 3° *point antérieur*, correspondant à l'expansion terminale des nerfs malades et situé un peu en dehors du sternum, s'il s'agit des nerfs intercostaux supérieurs, à l'épigastre, s'il s'agit des nerfs inférieurs. Dans la recherche de ces points douloureux, il faut tenir compte de l'obliquité des côtes et des nerfs intercostaux qui suivent leur bord inférieur; le point névralgique antérieur n'est pas situé sur le même plan horizontal que le point postérieur, mais beaucoup plus bas; il est du reste facile de suivre les espaces intercostaux avec le doigt. L'anatomie explique la répartition de ces points douloureux: 1° les nerfs dorsaux, en sortant des trous de conjugaison, fournissent des rameaux qui se rendent à la peau du dos en traversant les muscles des gouttières vertébrales, d'où le point postérieur; 2° les nerfs intercostaux, arrivés sur les parties latérales à distance à peu près égale du sternum et du rachis, envoient dans la peau une branche qui devient superficielle, d'où le point douloureux latéral; enfin, 3° à la partie antérieure, le nerf intercostal lui-même se divise dans la peau, d'où le point antérieur ou *d'expansion terminale* suivant l'expression employée par Trousseau. Les trois points douloureux n'existent pas toujours, le point moyen en particulier manque assez souvent. D'après Trousseau, le point postérieur ne siégerait pas dans la gouttière vertébrale, mais au niveau des apophyses épineuses, d'où le nom de *point apophysaire* proposé par lui. Dans certains cas, il n'existe pas de points douloureux bien limités, la douleur à la pression se retrouve dans tout l'espace intercostal correspondant au nerf malade; des irradiations douloureuses peuvent se produire dans le cou, dans le bras et dans la glande mammaire (mastodynie).

La névralgie intercostale donne lieu à de fréquentes erreurs de

diagnostic; elle est confondue avec des maladies des organes profonds, ou, inversement, des maladies des organes profonds qui s'accompagnent de douleurs plus ou moins semblables à celles de la névralgie intercostale sont prises pour de simples névralgies.

Les mouvements de la respiration et les battements du cœur exagérant les douleurs névralgiques, certains malades affectés de simples névralgies intercostales se figurent qu'ils sont atteints d'affections très-graves des poumons et du cœur; ils deviennent hypocondriaques, se condamnent à un repos absolu et se figurent qu'ils vont succomber à la rupture d'un anévrysme par exemple. Lorsque la névralgie siège au niveau des quatrième, cinquième ou sixième nerfs intercostaux du côté gauche, l'ébranlement de la paroi thoracique qui accompagne le choc du cœur augmente les douleurs comme fait la pression du doigt. L'auscultation et la percussion de la poitrine permettront de distinguer facilement la névralgie intercostale de la pleurésie et de la péricardite; l'existence d'un mouvement fébrile doit faire écarter l'idée d'une névralgie intercostale simple.

La périhépatite et la périplénite donnent lieu fréquemment à des douleurs analogues aux douleurs névralgiques ou même à des névralgies véritables; mais les symptômes concomitants, les changements de volume du foie ou de la rate, la douleur à la pression profonde, fournissent presque toujours les éléments d'un diagnostic exact.

La pleurodynie ou rhumatisme des muscles de la paroi thoracique se distingue de la névralgie intercostale par l'absence de points douloureux limités; la douleur est diffuse, elle ne suit pas exactement les nerfs, et elle augmente lorsqu'on pince les muscles ou qu'on exerce une pression au niveau de leurs insertions.

Le diagnostic différentiel de la névralgie intercostale et de la névrite intercostale est impossible dans beaucoup de cas; lorsque les douleurs se rattachent à une affection locale: pleurésie chronique, carie costale, etc...; lorsqu'elles sont continues et non plus paroxystiques, comme dans les névralgies, et que la pression est douloureuse sur tout le trajet des nerfs, lorsqu'enfin il existe des troubles trophiques comme dans le *zona*, on peut admettre qu'il s'agit d'une névrite.

Les douleurs extrêmement vives qui surviennent dans la carie ou le cancer des vertèbres, par suite de la compression des nerfs intercostaux dans les trous de conjugaison, sont souvent confondues avec la névralgie intercostale; ces douleurs siègent, en général, des

deux côtés et elles ont un caractère de gravité et de ténacité très-rare dans les névralgies simples; l'existence de tumeurs, de déformations de la colonne vertébrale, les phénomènes de compression de la moelle épinière, lèvent bientôt tous les doutes. La confusion est encore plus facile à éviter avec les douleurs en ceinture de la myélite.

Névralgie lombo-abdominale. La névralgie lombo-abdominale a son siège dans les branches supérieures du plexus lombaire; les principaux points douloureux sont: le *point lombaire*, en dehors des premières vertèbres lombaires; le *point iliaque moyen* un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des îles; le *point iliaque antérieur*, entre les épines iliaques antérieures où s'engage le nerf fémoro-cutané; les points *hypogastrique*, *inguinal* et *scrotal*; chez la femme, le point scrotal est remplacé par des points douloureux au niveau de la grande lèvre et du col de l'utérus (Valleix).

Les douleurs se limitent parfois à quelques branches du plexus, à celles qui se rendent au scrotum et au testicule par exemple (névralgie ilio-scrotale).

La confusion peut avoir lieu surtout avec le *lumbago*; dans cette dernière affection, les douleurs ne se montrent guère que dans les mouvements; elles sont le plus souvent bilatérales; on ne trouve pas les points douloureux névralgiques, la sensibilité à la pression est également répartie dans tout l'espace qui correspond aux masses sacro-lombaires. La colique néphrétique présente une certaine analogie avec la névralgie ilio-scrotale; la rétraction du testicule vers l'anneau et l'absence de points névralgiques caractérisent la première de ces affections; la présence de petits graviers dans les urines lève tous les doutes.

Névralgie crurale. Décrite par Cotugno, sous le nom d'*ischius nervosa antica*, et par Chaussier, sous celui de névralgie *fémoro-prétibiale*, cette névralgie siège, comme son nom l'indique, dans le nerf crural. Les douleurs se produisent à la partie antéro-interne de la cuisse et du genou, rarement elles s'étendent le long du saphène interne à la malléole interne, au bord interne et au dos du pied jusqu'aux premiers orteils. Les principaux points douloureux sont, d'après Valleix, le *point inguinal*, le *point crural moyen*, le *point condylo-rotulien interne*, le *point malléolaire interne* et le *point plantaire interne*. Ces dénominations sont assez claires pour se passer de commentaires. La névralgie crurale est beaucoup plus rare que la névralgie sciatiques.

Romberg a décrit comme une forme spéciale la névralgie du nerf obturateur, dont les signes sont du reste assez obscurs,

Névralgie sciatique. Elle a été décrite sous les noms d'*ischius nervosa postica* (Cotugno), de *névralgie fémoro-poplitée* (Chausier), de *goutte sciatique*; généralement on la désigne du seul mot de sciatique. C'est une des névralgies les plus communes; elle est rare chez les enfants, c'est de vingt à soixante ans qu'elle présente son maximum de fréquence; l'homme y est plus prédisposé que la femme, probablement parce que sa vie extérieure l'expose davantage aux variations brusques de température, au froid humide, qui sont les causes les plus communes de la sciatique.

Les malades ressentent tout d'abord une sensation de lourdeur, d'engourdissement, de froid ou de chaleur brûlante dans l'un des membres inférieurs; bientôt des élancements douloureux se produisent et, par la direction qu'ils suivent, ces élancements permettent de reconnaître rapidement la sciatique; lorsqu'on dit au malade de tracer avec le doigt le trajet que suivent les douleurs, il marque sur sa peau la direction du nerf sciatique, comme ferait le meilleur anatomiste (Cotugno); généralement les élancements vont du centre à la périphérie, ils s'arrêtent au niveau du creux poplité ou bien ils gagnent la face externe de la jambe et la plante du pied. Les mouvements, la marche, la toux, les inspirations profondes exagèrent les douleurs.

Les principaux points douloureux sont: le *point fessier*, qui correspond au sommet de l'échancre sciatique, lieu d'émergence du nerf; les *points trochantérien, fémoraux* sur le trajet du sciatique à la partie postérieure de la cuisse; les *points poplité, péronier* (au-dessous de la tête du péroné, là où le nerf sciatique poplité externe contourne l'os), *malléolaire externe et plantaires*. Les douleurs sont quelquefois localisées à la plante du pied, ce qui a conduit à décrire une *névralgie plantaire*.

Pour peu que la névralgie soit intense les malades sont condamnés à l'immobilité; les douleurs se calment plus ou moins rapidement, mais les récidives sont fréquentes.

Les névralgies sciatiques simples ne s'accompagnent pas de troubles trophiques, tout au plus observe-t-on un peu d'atrophie du membre, comme conséquence de l'immobilité prolongée; dans les sciatiques névritiques, au contraire, l'atrophie des muscles se montre de bonne heure, les douleurs existent sur tout le trajet du nerf qui est induré, et dans quelques cas on voit apparaître des groupes d'herpès ou des

œdèmes partiels; ces différences entre la névralgie sciatique et la névrite sciatique ont été bien indiquées par M. Landouzy; mais il faut avouer que, dans la pratique, il est souvent difficile de se prononcer. Il n'est pas démontré que la névralgie sciatique ne puisse pas aboutir au bout d'un certain temps à la névrite chronique.

La sciatique une fois reconnue il faut se demander si elle n'est pas symptomatique; la compression produite par des tumeurs du petit bassin est une cause commune de névralgie ou de névrite sciatique.

On ne confondra avec la sciatique ni les douleurs rhumatismales, qui se localisent en général dans les articulations et qui ne sont pas limitées à l'un des membres inférieurs, ni les douleurs provoquées par les différentes espèces de myélites, douleurs qui s'étendent le plus souvent aux deux membres inférieurs et qui s'accompagnent de paralysie ou d'ataxie des mouvements. La coxalgie à la première période donne lieu à des douleurs à la partie supérieure de la cuisse et dans le genou qui pourraient faire croire à la sciatique, il suffit de signaler la possibilité de cette erreur.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES. — Lorsqu'on a constaté l'existence d'une névralgie il faut naturellement se demander quelle en est la cause; comme l'a dit Trousseau, les névralgies sont souvent symptomatiques. Il est clair que les indications thérapeutiques seront très-différentes, suivant que la névralgie se rattachera à une maladie générale, par exemple, ou à un état purement local. Ici, comme toujours en pathologie, il faut chercher à remplir l'indication causale avant les indications symptomatiques. Si les malades sont anémiques, on traitera l'anémie en même temps que la névralgie; si les douleurs sont intermittentes et si on est en pays palustre on prescrira le sulfate de quinine; si une cause locale d'irritation provoque les douleurs, on cherchera à la faire disparaître.

Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine constituent un des meilleurs moyens de soulager les douleurs névralgiques; on injecte *loco dolenti* un centigramme de chlorhydrate de morphine en solution s'il s'agit d'un homme adulte; chez la femme la dose doit être plus faible. Les vésicatoires pansés à la morphine permettent de réunir l'action révulsive éminemment utile dans la curation des névralgies à l'action calmante des sels de morphine. On a conseillé également les frictions avec le liniment chloroformé, l'acupuncture, les injections hypodermiques avec un liquide irritant sur le trajet du nerf malade, la cautérisation ponctuée et l'électri-

sation cutanée dont Duchenne (de Boulogne) vante les effets; afin de limiter l'action de l'électricité à la peau, on la dessèche avec de la poudre d'amidon, puis on l'électrise à l'aide du balai électrique; il faut que l'impression soit vive et subite. A la suite de l'électrisation cutanée on voit se produire des taches érythémateuses; les douleurs peuvent disparaître après une seule séance, il faut en général de six à huit séances; même dans les cas si rebelles de névralgie épileptiforme, on peut obtenir à l'aide de ce procédé des améliorations (Duchenne).

Le sulfate de quinine réussit quelquefois dans des névralgies qui, sans être d'origine palustre, affectent une tendance à l'intermittence. Trousseau recommande l'opium à haute dose à l'intérieur dans le traitement de la névralgie épileptiforme. On a conseillé encore la section ou la résection des nerfs douloureux; ces opérations apportent généralement un soulagement momentané, mais les douleurs ne tardent pas à reparaitre, soit que le nerf se régénère, soit que les douleurs qui ne se produisent plus que dans le bout central soient rapportées, par une illusion nerveuse très-fréquente, à la périphérie.

BASSEREAU. Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux, thèse, Paris, 1840. — VALLEIX. Traité des névralgies, Paris, 1841. — GRISOLLE, Journ. des conn. médico-chirurg. 1845. — BEAU. De la névrite et de la névralgie intercostales (Arch. gén. de méd., 1847). — MARROTTE. Sur les névralgies périodiques (Arch. gén. de méd., 1852). — NOTTA. Sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies (Arch. gén. de méd., 1854). — ROMBERG. Lehrbuch der Nervenkrankh., 3^e édit., Berlin, 1857. — LABOULBÈNE. Des névralgies viscérales, thèse pour l'agrégation, Paris, 1860. — TROUSSEAU. Clinique, 3^e édit., t. II, p. 150 et 376. — LASÈGUE. Considér. sur la sciatique (Arch. gén. de méd., 1864). — LAGRELETTE. De la sciatique, thèse, Paris, 1869. — M. PETER. Des points de côté (Gaz. des Hôp., 1869). — Du même. De la névralgie diaphragmatique. (Arch. gén. de méd., 1871). — HUBERT VALLEROUX. Des altérations de la sensibilité cutanée dans la sciatique, thèse, Paris, 1870. — DUCHENNE. De l'électris. local. 3^e édit., Paris, 1872, p. 798. — TESTAUD. Névralgie diaphragmatique thèse, Paris, 1873. — LANDOUZY, op. cit. — BOISSON. Névralgie trifaciale, troubles trophiques, thèse, Paris, 1876. — POUÉY. Essai sur le diagnostic différentiel de la névrite et de la névralgie, thèse, Paris, 1877. — M. ROSENTHAL, op. cit. — HALLOPEAU. Article *Névralgies*, du Nouv. Diction. de méd. et de chirurg. pratiques.

PARALYSIES PÉRIPHÉRIQUES.

Les plus intéressantes des paralysies périphériques sont celles du *facial*, du *radial* et du *circonflexe* ou du *deltoïde*. La dénomination de paralysies *a frigore*, employée par quelques auteurs, doit être rejetée, car s'il est prouvé que le froid joue un rôle important dans la pathogénie de ces affections, il n'est pas moins certain

qu'elles relèvent souvent d'autres causes. Nous ne parlerons pas ici des paralysies des nerfs oculo-moteurs, parce qu'elles sont presque toujours symptomatiques d'affections des centres nerveux. Les paralysies saturnines et les paralysies diphthéritiques rentrent dans l'histoire du saturnisme et de la diphthérie.

PARALYSIE DU NERF FACIAL.

Synonymie: *Paralysie faciale*, *paralysie de la septième paire*, *hémiplegie faciale*.

ÉTIOLOGIE. — Le refroidissement est une des causes les plus communes de l'hémiplegie faciale; l'effet suit si rapidement la cause, dans bon nombre de cas, qu'il est impossible de contester l'étiologie *a frigore*; tantôt c'est un voyageur qui, en hiver, reste exposé dans un wagon à l'air froid d'une fenêtre ouverte ou mal fermée; tantôt il s'agit d'une personne qui, chez elle et pendant son sommeil, reçoit sur la figure un courant d'air froid; la paralysie survient très-vite, les malades s'aperçoivent avec étonnement que leurs traits sont déviés, ils n'éprouvent en général aucune douleur, mais seulement une gêne plus ou moins notable dans tous les mouvements qui nécessitent l'intervention des muscles faciaux.

La paralysie faciale peut être une suite de l'otite moyenne; chez les nouveau-nés elle est produite quelquefois par la compression des branches du forceps.

DESCRIPTION. — Ce qui frappe tout d'abord quand on examine un malade atteint d'hémiplegie faciale, c'est l'asymétrie du visage; l'irrégularité des traits dépend à la fois de la perte de tonicité des muscles du côté malade et de la prédominance d'action des muscles du côté sain qui n'ont plus d'antagonistes. La commissure labiale du côté sain est tirée en haut et en arrière, tandis que celle du côté malade est abaissée, la lèvre de ce côté ne retient plus la salive qui s'écoule au dehors; le sillon naso-labial du côté malade est effacé ainsi que les rides transversales du front; l'aile du nez suit passivement les mouvements d'inspiration et d'expiration; enfin, par suite de la paralysie du muscle de Horner, le grand angle de l'œil du côté de l'hémiplegie est déformé, les points lacrymaux sont portés en avant et les larmes s'écoulent le long des joues (Duchenne).

L'asymétrie de la face devient plus apparente encore lorsque le malade parle ou rit: la commissure labiale du côté sain est alors