

lade était indubitablement indemne de toute tare spécifique.

La *dépression nerveuse* sera combattue par les divers toniques. Brissaud a obtenu des résultats encourageants par l'*hydrothérapie* associée au traitement *ferrugineux*. C'est une excellente pratique. Les douches, les affusions froides, le drap mouillé, stimulent avantageusement les malades. De plus, ces pratiques s'adressent à la *circulation périphérique*. Or, celle-ci peut être avantageusement modifiée par tous les médicaments qui excitent les vaso-moteurs, *ergot* et *ergotine*, *caféine*.

Enfin, les troubles que l'on observe fréquemment du côté de la fonction cataméniale seront combattus par les *emménagogues* habituels ; la faiblesse génésique le sera par les préparations de *phosphore* et de *noix vomique*, qui combattront également la parésie des nerfs périphériques et de la moelle.

Ces nombreux moyens ne parviendront, le plus souvent, qu'à modérer l'intensité d'un symptôme. Il est douteux que leur emploi soit suivi de guérison. Tout au plus obtiendra-t-on des trêves dans la marche de la maladie. C'est à rechercher l'indication pathogénique que se résume le problème thérapeutique. Espérons que la pathologie expérimentale ne tardera pas à la trouver, et que la thérapeutique des tissus fera pour l'acromégalie ce qu'elle a fait pour le myxœdème.

CHAPITRE XIV

TRAITEMENT DES POLYNÉVRITES

PAR

P. MARIE,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.

I

Considérations générales.

Les *polynévrites*, appelées aussi *névrites périphériques*, *névrites multiples*, constituent, au point de vue anatomo-pathologique, et même au point de vue étiologique et au point de vue clinique, un groupe d'affections assez analogues, mais non toujours identiques. La caractéristique de ce groupe est d'ordre anatomo-pathologique et consiste en ce fait que les lésions des nerfs périphériques sont très prononcées, tandis que dans la moelle il ne semble exister aucune altération notable, du moins avec l'emploi du carmin ou des procédés spécialement destinés à la coloration des fibres nerveuses.

L'existence des névrites périphériques a été plus ou moins entrevue par différents auteurs (Graves, Landry, Charcot et Vulpian, 1862), elle a été nettement affirmée par Duménil, en 1864. — Jaccoud, Lancereaux, Charcot et Gombault, Eichhorst, Eisenlohr, Westphal, Pierret, etc..., en ont de 1867 à 1879 publié un certain nombre de cas. — En 1879, Joffroy décrivait une *névrite parenchymateuse* comprenant la névrite *a frigore*, la névrite saturnine, la névrite infectieuse. Puis

Gros (de Lyon), Leyden, M. et Mme Dejerine, Pitres et Vailard, Gombault précisèrent et étendaient nos connaissances sur ce groupe morbide.

Les causes par excellence des polynévrites sont les *infections* et les *intoxications*. Parmi les polynévrites infectieuses on peut citer surtout celles de la diphtérie, — la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pleurésie, la grippe, celles de diverses angines, de la puerpéralité, de l'impaludisme, du beriberi, de la lèpre.

Quant aux polynévrites d'origine toxique, les plus fréquentes sont celles du plomb, de l'alcool, de l'arsenic, de l'oxyde de carbone; Cettinger a fait de la névrite périphérique des alcooliques une étude remarquable. — C'est probablement aux polynévrites toxiques qu'il faut rattacher par le mécanisme de l'auto-intoxication les névrites constatées au cours du cancer, de la goutte, du rhumatisme chronique et de diverses cachexies.

On a encore signalé des névrites multiples dans diverses affections du système nerveux central, surtout dans le tabes et la paralysie générale.

Les opinions les plus diverses ont eu cours sur la nature des polynévrites. Un certain nombre d'auteurs, ayant dans la technique qu'ils employaient pour leurs examens microscopiques une confiance absolue, constatant par ces examens l'intégrité de la moelle et au contraire des lésions manifestes des nerfs périphériques, soutenaient que ceux-ci seuls étaient affectés, que c'était uniquement à eux que se localisait le processus morbide (Duménil, Leyden, Dejerine, Pitres et Vailard, etc...).

D'autres auteurs moins confiants dans les résultats fournis par une technique qu'ils jugeaient encore imparfaite se défendaient d'admettre une opinion aussi radicale, et étaient d'avis que les centres nerveux participaient au processus morbide dans une proportion plus ou moins importante.

Les plus récentes recherches semblent donner raison aux auteurs qui soutenaient cette dernière opinion. Notamment,

les recherches faites au moyen de la coloration de Nissl, spécialement appropriée à l'étude des altérations des cellules nerveuses, ont montré que dans les polynévrites les cellules ganglionnaires de la substance grise médullaire présentent des altérations manifestes; les publications de Marinesco sur ce sujet peuvent être considérées comme tout à fait probantes.

Mais l'existence de lésions du système nerveux central étant admise dans les névrites périphériques, la difficulté d'interprétation n'en reste pas moins pendante; pour les uns en effet, ces lésions centrales seraient primitives ou tout au moins contemporaines par rapport aux lésions périphériques, pour les autres elles seraient seulement secondaires aux altérations des nerfs, et tiendraient à une sorte de dégénération centrograde.

Les symptômes les plus ordinairement observés dans les névrites périphériques sont d'ordres divers: moteurs, sensitifs, vaso-moteurs et trophiques, psychiques.

Parmi les symptômes moteurs les plus saillants sont la paralysie et l'amyotrophie; ces troubles moteurs se manifestent surtout sur les extenseurs de la main et du pied et sur les petits muscles des extrémités; les pieds et les mains sont « tombants », aussi la démarche de ces malades prend-elle le plus souvent un aspect caractéristique, ils « steppent », c'est-à-dire qu'au lieu de relever la pointe du pied avec les extenseurs de la jambe, ils lèvent la jambe tout entière, grâce à une flexion de la cuisse sur le bassin, et projettent le pied en avant. — Ces paralysies et ces amyotrophies sont le plus souvent régies par des lois spéciales qui font que parmi les muscles animés par un même nerf, les uns sont atteints, les autres respectés. Il en est ainsi notamment pour le long supinateur qui, comme on le sait, dans la paralysie saturnine, est respecté tandis que les muscles extenseurs du poignet et des doigts, innervés eux aussi par le nerf radial, sont paralysés.

Les sphincters restent ordinairement indemnes.

L'excitabilité électrique des muscles atteints présente des modalités variables; tantôt elle est à peine altérée, tantôt elle

présente, de la façon la plus nette, les caractères de la réaction de dégénération.

En outre des localisations habituelles qui viennent d'être indiquées, on observe quelquefois la paralysie des nerfs crâniens (surtout facial et pneumogastrique). Les nerfs musculaires des yeux peuvent même dans quelques cas participer à la paralysie (surtout l'abducens et l'oculo-moteur commun).

Les troubles sensitifs consistent en douleurs plus ou moins intenses, plus ou moins persistantes, plus ou moins diffuses. L'hyperalgésie musculaire s'observe aussi assez fréquemment, ainsi que la douleur provoquée par la pression sur les troncs nerveux. Quelquefois aussi, mais un peu plus rarement, il existe des paresthésies ou de l'anesthésie; celle-ci quand elle existe se montre le plus souvent dans les membres inférieurs. Ici encore, les territoires affectés ne correspondent pas ordinairement d'une façon exacte au trajet de tel ou tel tronc nerveux.

Les réflexes cutanés sont assez souvent diminués, les réflexes tendineux sont généralement abolis ou du moins diminués; cette abolition est un phénomène à la fois précoce et durable, car il est un des derniers à rétrocéder.

Parmi les troubles vaso-moteurs et trophiques on peut citer l'œdème, surtout marqué aux membres inférieurs, la coloration rouge violacé des extrémités, l'abaissement de leur température.

Les troubles trophiques consistent surtout en troubles de nutrition de la peau et des ongles et en rétractions musculotendineuses des extrémités paralysées (surtout aux pieds).

Les troubles psychiques sont parfois assez marqués pour que certains auteurs (Korsakoff) aient cru devoir les décrire à part, sous le nom de « psychose polynévritique » et consistent en un mélange de dépression et d'excitabilité avec amnésie parfois très prononcée pouvant aboutir à une véritable démence.

Telle est, rapidement analysée, la série des principaux symptômes qui peuvent s'observer dans les polynévrites; mais il

ne s'ensuit pas que l'aspect clinique de celles-ci soit toujours le même. Parfois, en effet, ce sont les troubles de la sensibilité qui dominent, parfois les troubles moteurs. Dans certains cas le début de l'affection est essentiellement aigu, dans d'autres cas il est très lent et la marche de l'affection prend un aspect essentiellement chronique. Ces différentes modalités de forme clinique et de marche de la maladie relèvent de causes fort diverses parmi lesquelles il convient de noter la nature même de la cause dont relève la polynévrite; c'est ainsi, par exemple, qu'une névrite saturnine, une névrite alcoolique, une névrite diphtérique sont loin de se comporter d'une façon identique; il faut aussi tenir compte du terrain, de la résistance plus ou moins grande que l'organisme du malade peut opposer à l'agent nocif, et de la facilité plus ou moins grande dont il témoigne au point de vue de la réparation des lésions.

II

Indications thérapeutiques.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprendra qu'il est impossible, étant donnée la multiplicité de nature et de forme des polynévrites, d'indiquer d'une manière suffisamment précise le traitement qui peut convenir à chacune d'elles. Nous devons nous borner à quelques considérations générales sur la thérapeutique qui doit leur être appliquée. — Tout d'abord lorsque cela sera encore possible, comme dans beaucoup d'intoxications, il faudra soustraire le malade à la cause morbifique. On devra, en outre, chercher à neutraliser le plus possible l'action de celle-ci, même quand cette cause aura disparu; si donc on a affaire à une intoxication, on donnera pendant un laps de temps suffisamment prolongé, les médicaments considérés comme des antidotes de cette intoxication (c'est ainsi que dans la névrite saturnine on prescrira l'*iodure de potassium*, les préparations *soufrées*, les *bains sulfureux*).

— Dans les névrites d'origine infectieuse on pourra instituer l'administration des *antiseptiques* internes.

On veillera également avec le plus grand soin sur l'état général du malade, qui, comme nous l'avons vu, exerce sur la rapidité et le degré de la réparation des lésions une influence des plus marquées; une bonne alimentation, l'hydrothérapie, l'emploi des toniques du système nerveux aideront à remplir cette indication. Le repos au lit, du moins au début, doit être également recommandé et même exigé.

Quelques symptômes par leur intensité, par les désagréments qu'ils déterminent pour le malade, exigent souvent un traitement spécial. La douleur est un de ces symptômes; il est difficile de dire *a priori* si tel ou tel des analgésiques en usage réussira de préférence à tel autre; le mieux, comme dans la plupart des affections douloureuses, est de tâtonner, d'essayer les uns après les autres ces différents médicaments; on ne devra recourir aux injections de *morphine* qu'à la dernière extrémité, car, lorsque leur emploi est un peu prolongé, il est rare qu'il ne soit pas nuisible, soit en diminuant la rapidité de la réparation, soit en provoquant la reprise des douleurs.

Contre la paralysie on aura recours à l'*électrothérapie*; le mode d'application de celle-ci est d'ailleurs l'objet de certaines divergences entre les différents auteurs. Pour les uns, les courants galvaniques, pour les autres les courants faradiques seraient surtout recommandables. Il semble y avoir avantage à employer le premier de ces modes d'électrisation lorsqu'on est encore au voisinage du début de la paralysie, le second quand la paralysie est déjà ancienne.

Le traitement mécanique constitué par le *massage*, les mouvements passifs, la *gymnastique* méthodique rendra également de grands services tant au point de vue de la réparation des muscles qu'à celui de la restitution des mouvements. Dans quelques cas cependant, lorsque les polynévrites s'accompagnent de rétractions fibro-tendineuses, cette restitution ne sera plus possible spontanément; il sera alors absolument

nécessaire d'intervenir *chirurgicalement* et de pratiquer soit des ténotomies, soit même quelquefois des résections osseuses pour permettre aux articulations de reprendre leur mobilité et restituer aux surfaces articulaires leurs rapports normaux.

Telles sont les principales indications du traitement des polynévrites considérées à un point de vue général. Mais il ne faudra pas oublier que celles-ci présentent une tendance spontanée à l'amélioration progressive et que même dans les cas où les symptômes sont très accentués il est de règle que les malades guérissent. Si donc on doit s'efforcer de hâter l'époque de la guérison, il faudra aussi se garder soigneusement d'entraver par une médication intempestive le processus réparateur.