

comme le fait justement observer Babinski : « Dans la grande majorité des faits publiés sous le nom de névrites périphériques, qu'il s'agisse de lésions d'origine externe ou d'origine interne, c'est seulement de lésions analogues à celles de la dégénérescence wallérienne qu'on trouve la description. Il n'est pas fait mention de quelque altération spéciale qui puisse être rapportée à un autre processus. » Nous avons décrit suffisamment la dégénérescence wallérienne, lors de l'étude des sections nerveuses, pour que nous ne soyons plus obligé de nous y arrêter.

La dégénérescence wallérienne succède à la séparation des tubes nerveux d'avec leur centre trophique ; il ne s'agit pas là pour nous d'un processus inflammatoire, mais bien d'un processus trophique. Ce ne sont pas là des névrites, quoiqu'il soit, à notre avis, bien difficile de dire où commence l'inflammation, où cesse la simple dégénérescence.

D'après les auteurs, la névrite parenchymateuse consiste surtout dans des lésions des éléments nobles du nerf, le tube nerveux même ; elle serait caractérisée par la prolifération des noyaux de la gaine de Schwann, par la segmentation de la myéline, par l'érosion et la destruction progressive du cylindre-axe ; qui ne voit l'identité presque complète sinon complète avec le processus de la dégénérescence de Waller ? Seulement, tandis que, dans cette dernière, quand elle succède à une section complète d'un nerf mixte, tous les tubes nerveux sectionnés et séparés de leurs centres trophiques subissent la même altération dans un temps donné, lorsqu'il s'agit de névrites on trouve une inégalité de lésions des tubes nerveux, les uns étant plus fortement et plus profondément atteints que les autres. Il peut exister dans un nerf névritique, à côté de tubes normaux ou régénérés, des fibres très inégalement lésées.

Dans les cas de névrites parenchymateuses d'origine externe succédant à des contusions, des compressions, des plaies, il doit être bien difficile de faire le départ de ce qui appartient à la dégénérescence en propre, et à la névrite en particulier, puisque les deux processus doivent souvent, presque toujours, être combinés.

Ce que nous disons de la névrite parenchymateuse doit être aussi, sinon plus vrai pour l'interstitielle. Ici, il s'agirait d'un vrai processus de sclérose atteignant spécialement le tissu conjonctif qui entre dans la structure du nerf. Ce tissu fibreux constitue, comme nous l'avons dit, le périnèvre et le névrilemme, puis une série de cloisons séparant les uns des autres les fascicules nerveux et constituant l'endonèvre. Tantôt ce sont surtout les couches périphériques qui seraient altérées (névrite périphérique), tantôt l'endonèvre (névrite centrale) ; le nerf est en tout cas transformé en un cordon scléreux plus ou moins cylindrique ou moniliforme. L'élément noble, le tube nerveux, est étouffé par cette prolifération conjonctive, et l'on constate fréquemment la dégénérescence de la fibre nerveuse,

la segmentation de la myéline, la destruction du cylindre-axe et cela irrégulièrement. Des tubes sains peuvent se rencontrer à côté de tubes dégénérés et atrophiés par la prolifération conjonctive. Virchow a décrit une forme de névrite interstitielle dans laquelle tout le cordon nerveux est transformé en tissu fibreux (névrite interstitielle proliférante). Plus récemment, Minkowski et Lorenz ont insisté sur des altérations vasculaires qu'ils ont observées dans les nerfs et les muscles, et qui consistent en une infiltration des parois, des artères et du tissu périvasculaire par de petites cellules. Ces altérations seraient, d'après eux, souvent le point de départ des lésions dégénératives des fibres nerveuses.

La névrite segmentaire périaxile de Gombault n'a été trouvée que dans le cas de névrites saturnines ; ce n'est pas une névrite chirurgicale à proprement parler. Tandis que, chez les animaux en expérience, elle détermine rarement de la dégénération des nerfs atteints, chez l'homme elle est presque toujours associée à la dégénération ; il est probable que la névrite périaxile présente alors une plus grande activité et détermine, comme le pense Babinski, des solutions de continuité dans un plus grand nombre de tubes nerveux.

Un fait qui montre de quelles difficultés est entourée l'étude anatomique et histologique-pathologique de la névrite, c'est celui que met en évidence une observation de Gombault, sur une forme spéciale d'altération nerveuse probablement névritique chez un sujet atteint de myopathie et mort de tuberculose. Tandis que les nerfs traités par l'acide osmique, le réactif presque généralement employé, ne présentent aucune lésion appréciable, il n'en est plus de même quand on les a fixés par l'acide chromique, puis colorés au picrocarmin ; on constate alors que la gaine myélinique est comme pigmentée, et les cylindres-axes disparaissent en certains points comme s'ils étaient détruits ; cependant, comme il n'y avait aucune dégénérescence des faisceaux nerveux au-dessous des lésions ainsi décrites, il est bien difficile de penser à une interruption complète de la fibre nerveuse et il est permis de se demander si les portions incolores ne correspondraient pas à des cylindres-axes modifiés histochimiquement et incapables de s'imprégner de carmin, sans pour cela avoir perdu leur conductibilité. Quoi qu'il en soit, l'on voit que l'acide osmique, qui a présidé à presque toutes les recherches actuelles sur l'anatomie pathologique et l'histologie du tissu nerveux périphérique, peut laisser passer inaperçues des lésions que met en évidence l'acide chromique associé au picrocarmin.

Outre les lésions nerveuses proprement dites, on peut observer chez les blessés atteints de névrites, des lésions de la moelle épinière. Ces faits concernent surtout cette variété de névrite qu'on a appelée *névrite ascendante* (L. Duménil [de Rouen]).

Les expériences de Weir Mitchell, Tiesler, Feinberg, Klemm avaient

montré un certain nombre de lésions des racines et de la moelle épinière à la suite de névrites périphériques, mais c'est surtout aux recherches du professeur Hayem que nous devons les notions les plus précises sur le mécanisme et les lésions de la névrite ascendante et de la myélite consécutive. Par l'arrachement des nerfs périphériques, par leur irritation, par des piqûres avec une aiguille trempée dans de la nicotine ou des cristaux de bromure de potassium, il a vu se développer la névrite ascendante avec lésions des racines, et myélite transverse consécutive. On connaît un certain nombre de faits où chez l'homme, un traumatisme nerveux a été suivi de lésions médullaires, racines et cordons ou substance grise. D'après Babinski (1), ce qui est remarquable dans les lésions médullaires et radiculaires des névrites ascendantes de cause externe chez l'homme, c'est que ces lésions sont très discrètes comparées à celles des nerfs. « Si l'on s'en rapporte aux observations anatomo-cliniques, seules valables en l'espèce, on voit qu'il ne s'agit guère que d'une atrophie simple des tubes nerveux et des cellules nerveuses ; les lésions d'ordre dégénératif semblent exceptionnelles ou en tout cas très limitées. » Il est fort possible, pour expliquer les accidents si graves que l'on observe, que la moelle ainsi qu'une portion plus ou moins étendue des fibres nerveuses ne présentent que des modifications dynamiques sous le coup de la névrite traumatique donnant à leur tour lieu, à distance, à des altérations organiques des nerfs et des muscles.

En tout cas, il ne faut pas s'attendre, quand on examine un cas de névrite ascendante, même parfaitement caractérisé, à trouver des lésions manifestes d'un bout à l'autre du ou des cordons nerveux atteints ; non : la névrite se manifeste de distance en distance et non d'une façon continue ; elle est absolument comparable à ces lymphangites où des abcès se forment tandis que les parties intermédiaires paraissent absolument intactes ; la détermination névritique, tout en étant diffuse, n'est pas continue et procède par bonds, attestant ainsi l'origine infectieuse du mal.

Outre la névrite ascendante comme évolution anatomo-pathologique, il faut savoir que l'inflammation peut se propager et se propager, en effet, souvent d'un nerf à l'autre par les anastomoses, et de haut en bas du nerf nouvellement atteint vers sa périphérie, constituant ainsi une véritable névrite descendante en opposition avec la précédente.

Les faits les plus remarquables à cet égard sont ceux où, à la suite d'une myélite transmise par névrite ascendante, on voit apparaître les signes d'une névrite du côté opposé et symétrique, par exemple les signes d'une névrite du membre supérieur gauche alors que c'est le droit qui a commencé à être attaqué.

Il faut se demander si, dans ces cas, il ne s'agit pas précisément

(1) BABINSKI, Traité de médecine de Charcot et Debove, t. VI.

d'actions dynamiques provenant de l'altération des centres plutôt que de lésions proprement dites des troncs nerveux de la partie secondairement atteinte. Nous observons en ce moment même un malade, auquel nous avons déjà fait allusion, et qui est atteint d'une névrite des nerfs du bras droit à la suite d'une petite coupure par éclat de vitre de l'annulaire. Les accidents ont débuté dès le cinquième jour ; la névrite, après le cubital, a gagné les autres nerfs du bras, le médian, le radial, puis le circonflexe, puis se sont montrés des signes du côté des parties innervées directement par le plexus brachial et le plexus cervical droit ; actuellement ce malheureux blessé est, malgré trois interventions déjà pratiquées, en proie à des douleurs atroces du côté du bras et de la tête ; il commence à ressentir des fourmillements, des tiraillements douloureux dans le bras gauche jusque là intact.

Symptomatologie. — Avec Charcot, dont l'excellent Mémoire doit être consulté de tous ceux qui s'occupent de l'étude de la névrite, nous distinguerons deux ordres de signes : *les uns, locaux*, se manifestant au niveau du ou des nerfs atteints ; *les autres, fonctionnels*, dus à la perversion des fonctions nerveuses et consistant dans des troubles sensitifs moteurs et trophiques ; même l'épilepsie et les convulsions tétaniformes qu'on observe dans certains faits de névrite, tout en pouvant, à cause de leur grande gravité, prendre le titre de complications, ne sont que des accidents dépendant de la névrite, de sa propagation et de son action sur les centres nerveux.

On doit distinguer, au point de vue des symptômes, deux catégories de névrites : les névrites aiguës, les névrites chroniques.

SIGNES LOCAUX. — Névrite aiguë. — Les symptômes locaux de la névrite aiguë sont ceux de toute inflammation, tuméfaction, induration, rougeur et douleur.

Ces symptômes locaux sont difficiles à percevoir quand on a affaire à un sujet à tissus épais et à un nerf profondément enfoui dans les espaces intermusculaires. Le tronc nerveux sera d'autant plus facile à examiner qu'il sera plus superficiel et que le blessé sera plus maigre.

La tuméfaction du nerf a pu être observée sur le nerf cubital, par exemple, par Terrillon dans un cas où la névrite débuta quinze heures après l'accident. Terrillon le trouva dur et légèrement bosselé. D'autres fois le nerf est uniformément dur et cylindrique.

La tuméfaction s'arrête souvent assez nettement pour qu'elle soit appréciable à travers les parties molles sus-jacentes, et cette limite indique alors assez exactement celle du mal. Tout récemment, nous avons pu nous-même sentir facilement le nerf cubital augmenté manifestement de volume au moment où il s'engage sous l'arcade épitrochléo-olécrânienne. La tuméfaction peut arriver à doubler et même à tripler le volume du cordon nerveux. C'est cette augmentation de volume qui, dans les cas où le nerf est enfermé dans un canal résistant, explique les paralysies rapides, les névralgies intenses pro-

duites par la compression. L'induration se sent en même temps que la tuméfaction. L'endolorissement est manifeste, et c'est là un des signes les plus constants de la névrite localisée. Il est possible, même quand il s'agit de nerfs profonds, de réveiller la douleur par une pression faite au bon endroit, et de préférence là où le nerf est en rapport avec des plans osseux résistants. La douleur à la pression, lorsque le nerf est superficiel, peut être d'une violence inouïe et le malheureux qui en a l'expérience redoute avec raison la moindre exploration ; quelquefois le moindre effleurement sur un nerf superficiellement situé et accessible, comme le cubital au coude, le médian au poignet est horriblement douloureux. L'endolorissement du nerf est souvent accompagné d'une véritable hyperesthésie cutanée, sous la dépendance même de la névrite.

La rougeur est assez rarement observée, et, pour notre compte, nous ne l'avons jamais vue ; elle a cependant été signalée par un certain nombre d'auteurs, quand l'inflammation est vive et le nerf très superficiel ; elle dessinerait alors sur la peau le trajet du nerf. Weir Mitchell, en parlant d'un de ses blessés atteint de névrite à la suite d'un coup de feu du bras, indique sur le trajet du nerf une trainée rouge, allant du coude blessé à l'aisselle ; dans un cas de Dubreuilh, la peau est fortement rougie sur le trajet du nerf.

Charvot attribue cette rougeur à la périnévrite ; nous nous demandons s'il ne s'agissait pas plutôt d'une vraie lymphangite accompagnant la névrite et se superposant à elle. Peut-être aussi est-ce déjà un véritable érythème trophique ; il est presque impossible d'interpréter autrement cette observation citée par Lejars d'une femme atteinte d'un cancer de l'utérus propagé au plexus sacré et dont la peau de la face postérieure de la cuisse présentait, sous forme de bandelette, une rougeur qui dessinait assez exactement le trajet du grand sciatique ; à l'autopsie on trouva le nerf envahi par le néoplasme, ramolli, tuméfié, rouge et vascularisé.

En terminant l'étude de ces signes locaux, nous devons insister sur ce fait que la douleur n'est pas seulement localisée au nerf malade, ou plutôt au tronçon atteint. Très rapidement le nerf spontanément douloureux, dont la douleur est exaspérée par la pression, ne le reste pas seul ; si les premiers temps les crises sont localisées sur son trajet et ses terminaisons, rapidement il se produit des irradiations dans les territoires nerveux voisins et même à distance. Nous y reviendrons à propos des troubles fonctionnels proprement dits.

D'après Weir Mitchell, la névrite aiguë s'accompagnerait de phénomènes fébriles d'une certaine intensité et le début s'annoncerait par un ou plusieurs frissons. Il est difficile de se prononcer, attendu que, dans le plus grand nombre des faits, la névrite existe en même temps qu'une blessure plus ou moins grave.

Névrite chronique. — La névrite chronique s'installe consécu-

tivement à la névrite aiguë, ou bien, comme nous l'avons déjà dit, elle se montre d'emblée ; elle est secondaire ou primitive.

Quand la névrite chronique est secondaire, on voit les symptômes aigus s'amender ; mais la tuméfaction, l'endolorissement et l'induration du cordon persistent.

Quand la névrite chronique est primitive, comme c'est surtout le cas pour celles qui succèdent à une plaie insignifiante des petits nerfs collatéraux des doigts et des orteils, c'est la douleur seule qui se montre sur le trajet d'un nerf et ses irradiations qui met le médecin en éveil ; il provoquera de la douleur par la pression et ce ne sera que lorsque la névrite aura gagné un tronc important qu'il parviendra à percevoir une augmentation de volume et une induration qui faisaient défaut jusque-là.

SIGNES FONCTIONNELS. — Ces signes, nous les avons déjà décrits en partie, quand nous avons étudié la marche, l'évolution des plaies des nerfs ; nous n'indiquerons ici que ce qui a directement trait à la névrite, aussi bien aiguë que chronique, en insistant cependant sur ce que ces troubles apparaissent souvent d'une façon beaucoup plus intense dans les névrites chroniques d'emblée, surtout dans celles qui succèdent à un trauma relativement de peu d'importance.

Les TROUBLES SENSITIFS sont surtout les hyperesthésies, dont une des formes les plus graves est la causalgie, les névralgies, les anesthésies.

Les anesthésies sont rares au cours de la névrite, pendant son évolution ; elles sont un signe de la destruction complète des tubes nerveux, d'une interruption dans la conductibilité. Aussi ne les trouve-t-on, en général, que dans les cas où la névrite a fini son évolution, a abouti à l'atrophie totale du membre au point de vue de ses fonctions. Elle est généralement l'indice d'un état irrémédiable presque toujours définitif.

Les hyperesthésies sont les manifestations les plus habituelles des névrites aiguës et chroniques ; ce sont elles qui donnent à la maladie, de concert avec les névralgies, ce cachet atroce qu'on retrouve, au point de vue de la souffrance, difficilement dans une autre affection.

L'hyperesthésie proprement dite consiste dans un état douloureux des téguments mis en éveil par l'impression la plus légère.

Le frôlement d'une main hyperesthésiée chez un névritique est atrocement douloureux ; le moindre contact est une torture ; et ce n'est pas seulement au niveau du point touché que la souffrance existe, mais elle se répercute au loin, le long du ou des nerfs atteints par le mal. Nous avons déjà insisté, en traitant de la symptomatologie des plaies des nerfs, sur cette forme spéciale de la douleur, dénommée causalgie ou encore *glossy-skin* par Weir Mitchell, Morehouse et Keen, à cause des modifications que présente la peau au niveau des parties douloureuses.

L'exaltation de la sensibilité aux points hyperesthésiés peut coïncider et coïncide en effet ordinairement avec une diminution de la sensibilité tactile ou même avec une anesthésie presque complète, et cela, d'après Weir Mitchell, plutôt à cause de la confusion que la douleur va jeter dans les appréciations que par suite d'une inertie réelle. Chez certains sujets atteints de causalgie, l'irritabilité devient telle que le moindre contact, le bruit des pas, une porte qu'on ouvre, le froissement d'un papier provoquent une impression pénible et quelquefois très douloureuse. Que l'impression soit sensorielle ou sensible, l'effet est le même. Weir Mitchell pense que, dans ces cas, les centres nerveux sont atteints et c'est d'eux que part cette susceptibilité excessive à l'impression. Aucune description ne saurait mieux donner une idée de la causalgie que celle de Weir Mitchell que nous transcrivons intégralement :

« Son intensité varie depuis une simple cuisson jusqu'à un état de torture à peine croyable, capable de réagir sur toute l'économie et de compromettre la santé générale.

» Non seulement la partie affectée souffre de cette sensation de brûlure, mais l'hyperesthésie exalte sa susceptibilité nerveuse au point qu'un simple choc, un léger attouchement avec le doigt provoque une exacerbation de la souffrance. Les malades évitent l'exposition à l'air avec des précautions qui semblent ridicules ; quelques-uns passent leur temps à mouiller continuellement leur main, trouvent un soulagement dans l'humidité elle-même plutôt que dans la fraîcheur de l'eau qu'ils emploient. Deux de ces malheureux transportaient partout avec eux une bouteille d'eau et une éponge, afin de ne pas permettre que la peau se desséchât jamais. A mesure que la douleur augmente, le retentissement sur tout l'organisme s'accroît. Le caractère s'aigrit ; le visage exprime l'anxiété ; le regard laisse lire la fatigue et la souffrance, les nuits sont sans repos. L'état général réagissant encore sur la blessure exalte l'hyperesthésie et alors le froissement d'un journal, le souffle du vent, le pas d'un homme exaspèrent la douleur. La démarche du blessé devient cauteleuse, il soutient le membre blessé avec le membre sain ; il est tremblant, nerveux, il recourt à toutes sortes de moyens pour atténuer ses souffrances.

» Dans deux circonstances, j'ai vu les téguments s'hyperesthésier dans toute leur étendue, lorsque la peau devenait sèche ; les malades n'éprouvaient de soulagement qu'en remplissant d'eau leurs bottes. Lorsqu'on leur en demandait la raison, ils prétendaient, en agissant ainsi, diminuer les chocs que provoque la marche. Un de ces hommes poussait les choses jusqu'à mouiller la main saine lorsqu'il voulait toucher l'autre, et quand un observateur voulait l'examiner, il insistait pour qu'il prit la même précaution. »

Les névralgies proprement dites sont une des manifestations

fréquentes de la névrite aiguë ou chronique. On peut affirmer, d'après Charvot, que lorsque quatre ou cinq jours après la blessure d'un nerf surviennent des douleurs névralgiques, celles-ci sont symptomatiques d'une névrite.

La névralgie est caractérisée par une douleur continue sur laquelle vient se greffer une douleur paroxystique se montrant sous forme d'accès. Ceux-ci peuvent durer de quelques minutes à quelques heures ; généralement la douleur éclate sur un point ou sur plusieurs à la fois ; elle s'irradie dans diverses directions, tantôt remontant le long du nerf lésé vers les centres, tantôt, au contraire, se dirigeant vers la périphérie.

Les irradiations atteignent non seulement le nerf directement en cause, mais elles gagnent encore les branches nerveuses voisines, et quelquefois même des nerfs beaucoup plus éloignés. Les accès névralgiques sont très souvent réveillés par des causes insignifiantes : une impression de froid, une pression même légère, un mouvement, parfois une émotion, suffisent pour amener une crise, et les malheureux craignent, une fois qu'ils sont avertis, les moindres incidents pouvant les provoquer.

Il n'est pas rare d'observer un amendement des accès par une pression très énergique, tandis qu'une pression légère les exaspère presque toujours.

Lorsqu'il n'y a pas d'accès, il persiste toujours une douleur qui est relativement supportable ; par contre la pression sur certains points est particulièrement douloureuse ; c'est à leur niveau que la douleur continue est le plus marquée ; c'est aussi sur ces points que résident les principaux foyers des douleurs paroxystiques. Valleix s'est attaché à les décrire pour chacun des nerfs principaux et a cherché à dégager les lois de leur localisation. Ce sont plutôt de petits cercles, de un à deux centimètres, de diamètre qui se rencontrent : 1° au point de sortie des troncs nerveux ; 2° dans les endroits où les nerfs sous-musculaires deviennent sous-cutanés ; 3° dans les endroits où les branches terminales se dissocient dans la peau ; 4° dans ceux où le nerf devient très superficiel. S'il est vrai que ces points n'ont pas la constance de localisation que Valleix leur avait attribuée, il est certain aussi qu'ils existent souvent quand on sait les rechercher.

Weir Mitchell a observé que les névralgies névritiques s'exaspèrent tous les jours plutôt à la tombée de la nuit que dans la matinée ; il n'est pas rare d'observer de véritables intermittences dans les accès douloureux qui assez souvent, heureusement, s'apaisent pendant le sommeil pour reprendre dès le réveil du malheureux blessé. Swan rapporte un cas où une plaie du nerf péronier déterminait une douleur qui se montrait tous les jours à la même heure.

Charvot a étudié magistralement la névralgie traumatique en temps qu'elle est liée à une altération du nerf, et il admet toujours une

relation intime entre la névrite cause et la névralgie effet; toutefois il pense que beaucoup de névralgies traumatiques, tout en étant dues à la névrite, sont néanmoins, comme diffusion et persistance, le résultat d'une irritabilité, même d'une altération des centres cérébraux ou médullaires. La névralgie primitivement purement périphérique peut devenir centrale par une vraie propagation aux territoires cellulaires, de l'inflammation ou de l'irritation nerveuse.

LES TROUBLES MOTEURS qu'on rencontre dans les névrites aiguë et chronique sont tantôt des spasmes et des contractures, tantôt des paralysies, et d'abord des parésies.

Les spasmes s'observent de préférence dans les moignons d'amputation. Nepveu (1) et Charvot (2) les ont étudiés et ont démontré leur origine névritique. Dans un fait de Verneuil, l'examen histologique du moignon réamputé permit de démontrer une névrite de tous les nerfs.

Weir Mitchell a rapporté un cas d'Atlee. L'amputation de la main avait été pratiquée chez le malade pour des spasmes localisés dans l'extrémité du membre et se terminant par de véritables accès épileptiques. A l'examen anatomique, l'on constata que les nerfs cubital et médian étaient triplés de volume et durs comme des tendons. A côté d'une grande quantité de tubes nerveux altérés, il y en avait quelques-uns complètement intacts.

Les spasmes et les contractures surviennent en même temps que les phénomènes douloureux et suivent généralement une marche parallèle. C'est ainsi que Charvot nous cite un fait d'Hamilton où, à la suite de la saignée de la veine céphalique on vit survenir chez une femme une douleur très vive le long du nerf musculo-cutané. Cette douleur s'accompagnait d'une contracture telle, que, malgré tout les efforts pour l'empêcher, les ongles s'étaient enfoncés dans la paume de la main.

Les spasmes et les contractures peuvent aboutir à de véritables rétractions avec altérations musculaires définitives.

Les parésies et les paralysies sont fréquentes, dans les névrites chroniques surtout; dans les névrites aiguës l'impotence fonctionnelle peut tenir d'abord à la douleur excessivement vive provoquée par les moindres mouvements, les moindres contacts; quand elle devient chronique, ou que la névrite est chronique d'emblée, la parésie puis la paralysie, s'installent sur les muscles innervés par le nerf névritique. Ceux-ci présentent, lorsque les lésions sont avancées, la réaction de dégénérescence, puis tout disparaît si les altérations sont définitives et que la guérison ne se produit pas. Par contre, les réactions normales se dessinent graduellement à mesure que la névrite s'apaise, mais le

(1) NEPVEU, *loc. cit.*

(2) CHARVOT, De la névrite des moignons d'amputation (*Revue méd. de l'Est*, novembre 1884).

temps est long qui s'écoule pour amener cet heureux résultat, et il faut en être prévenu.

Au point de vue électrique, Babinski insiste sur ce que des muscles bien et dûment paralysés par la névrite peuvent très bien ne pas présenter la réaction de dégénérescence; d'autre part Duchenne, Erb, Bernhardt, Remak ont montré que la contractilité faradique peut être abolie alors que le muscle peut se contracter sous l'influence de la volonté.

Il faut savoir que la synergie des muscles antagonistes des muscles parésies ou paralysés est cause des troubles fonctionnels que peut présenter le groupe des antagonistes. Les mouvements exécutés par ces derniers manqueront d'énergie et de précision. Une autre conséquence de cette synergie des muscles antagonistes dans les mouvements volontaires, c'est la production d'un mouvement en sens inverse, lorsque le malade fait effort pour mettre les muscles paralysés en action.

Les parésies et les paralysies musculaires n'ont de valeur, quand il s'agit de névrites, que lorsqu'elles apparaissent un certain temps et non immédiatement après la blessure du nerf. Dans un fait de Charvot, ce n'est qu'après des mois et presque des années, qu'une névrite développée dans le plexus cervical superficiel, à la suite de l'ablation d'une chéloïde, envahit les nerfs de l'épaule et du bras et détermina une paralysie du membre supérieur. Les faits de cet ordre s'expliquent par la marche extensive de la névrite, de même que ceux où les paralysies envahissent les membres du côté opposé sont dus à la marche ascendante de la maladie et à la myélite transverse dont nous parlerons lors de l'étude de la névrite ascendante.

Les paralysies névritiques sont dues aux altérations nerveuses destructives à forme aiguë ou chronique.

TROUBLES TROPHIQUES [ou plutôt] DYSTROPHIQUES. — Ceux-ci sont symptomatiques de l'irritation nerveuse, de l'inflammation, et nous avons déjà dû en parler lors de la description des plaies des nerfs auxquels ils succèdent fréquemment. Ils sont caractérisés par le cachet souvent franchement inflammatoire de leurs processus, par la rapidité de leur apparition, par le cortège des accidents irritatifs qui souvent les accompagnent, telles que crampes, contractures, névralgies, causalgie, etc.

Nous renvoyons, pour tout ce qui concerne la description des lésions qui peuvent atteindre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, le squelette et les articulations, aux *Plaies des nerfs*.

Nous rappellerons que les atrophies simples sont plutôt l'apanage des sections nerveuses sans névrite, tandis que les érythèmes, les éruptions zostérisiformes, les œdèmes, les pseudo-phlegmons, les ostéites, les arthrites, sont l'apanage des plaies ou contusions compliquées de névrite et spécialement de névrite parenchymateuse.