

Moty (1) a communiqué, en 1892, un Mémoire succinct *Sur les atrophies osseuses symptomatiques des névrites*; elles se traduisent notamment par une diminution de longueur des os, diminution qui s'effectue même quand la névrite a débuté après la soudure des épiphyses.

Il est admis, sans contestation, que tous ces troubles sont dus, non seulement à l'interruption simple du courant nerveux, mais bien plus à la névrite. Charvot s'est constitué le défenseur ardent de cette manière de voir en se basant sur les raisons suivantes :

« 1° En étudiant de près la nature des troubles dits trophiques, il est facile de se convaincre que presque tous ou même tous présentent un caractère, non pas simplement atrophique, mais essentiellement phlegmasique.

» 2° Si ces désordres de la nutrition étaient dus simplement à l'interruption du courant trophique, ils devraient être d'autant plus prononcés que la section intéresse un nombre plus considérable de fibres nerveuses.

» Or, c'est précisément le contraire que prouve l'observation quotidienne; névralgies et troubles trophiques apparaissent d'ordinaire à la suite de lésions incomplètes du nerf, voire même d'une simple piqûre, d'une contusion. La division complète du tronc nerveux ne doit presque jamais faire redouter l'invasion de ces graves complications. »

Nous ajouterons que ce sont surtout les plaies infectées, les plaies compliquées de corps étrangers qui deviennent le point de départ des névrites et que les petits nerfs des extrémités, petits nerfs sensibles, ont le triste privilège de s'enflammer bien plus fréquemment.

Si à la suite des névrotomies ou névrectomies chirurgicales, on ne voit pas survenir de troubles trophiques, c'est que ces opérations sont faites aseptiquement et que la névrite ne peut s'installer.

« Il a été possible, dans certains cas de troubles trophiques, de démontrer :

» 3° Anatomiquement et cliniquement l'existence de la névrite sur le nerf qui tenait sous sa dépendance ces désordres de la nutrition.

» 4° Dans le plus grand nombre des cas, l'apparition des troubles trophiques est précédée ou s'accompagne de névralgies. »

Marche. — Terminaisons. — Au point de vue de la marche, la névrite est *localisée, extensive et locale* ou *ascendante*. Le mode d'invasion est différent suivant qu'il s'agit de la névrite aiguë ou bien d'une névrite chronique d'emblée ou consécutive.

La névrite aiguë s'installe très souvent rapidement au moment de la réaction phlegmoneuse, vers le deuxième ou le troisième jour. Terrillon l'a vue débiter quinze heures après une blessure du cubital.

(1) MOTY, *Congrès franç. de chir.*, 1892, p. 249.

Dans d'autres cas, on l'a vu paraître du cinquième au huitième et même dixième jour.

Lorsque la névrite est chronique, son début n'offre plus rien de fixe et est généralement tardif. Elle apparaît alors que la plaie est déjà complètement cicatrisée.

La névrite *localisée* reste cantonnée dans le nerf primitivement atteint; c'est là une évolution qui, malheureusement, est rare. Trop souvent la névrite gagne les autres nerfs du membre, se propage au niveau des anastomoses, des plexus sur les cordons voisins; elle est alors *localisée* mais *extensive*. Il y a des degrés dans cette extension du mal, depuis la simple prise des rameaux jusqu'à celle des gros troncs et de toutes leurs ramifications.

Un bel exemple de névrite *localisée extensive* est fourni par l'observation XXIX de Weir Mitchell. Une fillette fut blessée à la main sur le territoire du médian par une lame de canif; la blessure détermina dès les premiers moments des fourmillements marqués dans le médus. L'accident parut insignifiant et pendant trente-six heures ne donna lieu à aucune complication; mais alors l'enfant éprouva des malaises et commença à ressentir des douleurs violentes dans la main droite, dans le bras; le sternum, le dos, avec accompagnement de fièvre, frissons, nausées, convulsions légères, sans perte de connaissance. La main et le bras étaient légèrement enflés. Elle ne pouvait supporter le mouvement et le moindre heurt lui était insupportable. Après quatre jours de souffrances très vives, il se fit une accalmie, et jusqu'au dixième jour la malade resta sans être incommodée; au dixième jour, elle commença à se plaindre d'une sensation de cuisson dans la main, encore légèrement enflée, pâle et froide. Il se fit des ecchymoses sous les ongles. Les accidents furent enrayés par un traitement approprié et trois mois après, l'enfant n'éprouvait plus de douleurs et avait recouvré l'usage de la main et du bras. Elle fut reprise d'une nouvelle poussée, plus grave et plus douloureuse, qui céda à son tour aux courants faradiques. Elle guérit complètement.

Il n'est plus utile actuellement de discuter la nature réflexe des accidents observés; c'est bien à la névrite qu'ils sont dus et leur augmentation, leur progression est en rapport avec la progression de l'inflammation du ou des cordons nerveux.

Duchenne (de Boulogne) avait déjà insisté sur ces névrites extensives ou plutôt sur cette évolution qui fait qu'un membre atteint d'une paralysie primitivement limitée est peu à peu envahi dans sa totalité par des paralysies successives qui le rendent bientôt tout à fait impotent. La névrite extensive ne dépasse pas les plexus d'origine des nerfs des membres; bien autrement grave est la névrite *ascendante* dont nous allons nous occuper maintenant.

Névrite ascendante. — Nous appelons de ce nom une variété

de névrite qui semble se propager de la périphérie vers le centre, en sens inverse des dégénération par sections nerveuses, qui paraît gagner les centres nerveux, voire même se réfléchir et frapper les nerfs symétriques primitivement indemnes.

Si la question des névrites ascendantes d'origine interne, infectieuses, dont Duménil (de Rouen) a donné l'observation princeps (1) est encore très controversée, malgré les travaux si remarquables de M^{me} Déjerine-Klumpke, Déjerine, la thèse plus récente de Bonnet (2) le travail de Barret (3), il semble qu'au point de vue chirurgical nous ayons des faits un peu plus précis, quoique nous soyons encore bien pauvres de documents anatomo-pathologiques nécropsiques ou opératoires.

C'est avec juste raison que Babinski rejette du cadre des névrites ascendantes les amyotrophies consécutives aux lésions des articulations, les paralysies dites réflexes chez les urinaires, etc., il ne s'agit pas là de névrites, puisqu'il a été impossible à aucun moment de découvrir la moindre lésion des nerfs articulaires ou autres.

Ce n'est pas non plus de la névrite ascendante que nous observons chez les amputés; ce sont des lésions dégénératives qui s'en rapprochent en tant que lésions, mais nullement comme symptomatologie et évolution. Il y a bien une observation du professeur Charcot qui pourrait être interprétée dans ce sens. La voici: « Un homme de cinquante ans, amputé à vingt ans de la cuisse gauche, ressentait depuis plusieurs mois des douleurs vives, des fourmillements, et parfois des soubresauts, lorsqu'un beau jour survinrent de la paralysie vésicale et des douleurs lombaires. Le membre inférieur fut pris peu après de douleurs et de fourmillements, en même temps que le moignon se paralysait. Les phénomènes s'amendèrent; le malade put remarcher, mais garda toujours une rigidité permanente par contracture du membre inférieur non amputé. » Malheureusement il nous manque, dans cette observation, le contrôle anatomique qui nous permette d'affirmer qu'il s'agissait vraiment d'une névrite du moignon, ascendante avec myélite transverse.

Les faits cliniques de névrite ascendante à la suite de blessures quelquefois insignifiantes des doigts et des orteils sont malheureusement plus fréquents. On voit se développer chez un blessé dont la plaie est en pleine voie de cicatrisation, ou même cicatrisée, des douleurs vives irradiées vers le centre, une hyperesthésie de la partie blessée; on peut, dans quelques cas où le nerf incriminé est superficiel, sentir le cordon nerveux, tuméfié et douloureux; peu à peu les accidents augmentent, s'étendent; puis surviennent des amyotrophies

(1) DUMÉNIL, *Gaz. hebdom.*, 1866-1868.

(2) P.-J.-J. BONNET, Des névrites périphériques infectieuses aiguës, thèse de Lyon, décembre 1892.

(3) BARRET, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, t. XXII, 1893.

dans les zones primitivement douloureuses; puis encore les sensations de gêne, de fourmillement, de douleur gagnent les départements voisins, remontent vers la racine du membre; le côté primitivement intact se prend à son tour et l'on observe alors une vraie névrite en fer à cheval ayant comme branches les deux membres supérieurs ou inférieurs, comme centre la moelle, ou bien encore la réflexion peut se faire du même côté, du membre supérieur au membre inférieur correspondant. On n'a qu'à lire les observations de Charvot, nos I, II, V pour en trouver des exemples; ou encore les faits si intéressants, au point de vue des affections cutanées, qu'a publiés Leloir dans le travail que nous citerons plus loin.

On y trouve l'histoire d'un homme de cinquante-quatre ans, dont la jambe fut broyée par une voiture à l'âge de quatre ans. Il en résulta une cicatrice qui se ferma, se rouvrit, un pied bot équin, avec une desquamation lamelleuse, ichtyosiforme de la peau.

Il y a cinq ans, le malade s'aperçut que la jambe gauche augmentait considérablement de volume pendant le jour, tandis que la nuit, tout disparaissait pour reparaitre dès la reprise du travail.

Il y a quatre ans, apparition d'une plaque cornée recouvrant une ulcération qui se cicatrise lentement. Il y a deux ans, le blessé se brûla la jambe malade avec de l'acide sulfurique; il en résulta, après cicatrisation de l'œdème persistant, des poussées eczémateuses, une sensation de pesanteur énorme, puis des douleurs fulgurantes avec soubresauts musculaires survenant surtout la nuit. On juge l'amputation nécessaire. Elle est pratiquée à quelques centimètres au dessous du genou.

L'examen du membre amputé montre une névrite interstitielle et parenchymateuse de tous les nerfs de la jambe; au niveau de la surface d'amputation, les nerfs sont encore atteints d'un léger degré de névrite et de périnévrite et tous les tubes nerveux n'ont pas disparu.

Deux mois après l'opération, le moignon se recouvre d'un placard d'eczéma; la peau prend une teinte cyanotique et l'on constate de l'œdème, en même temps que se produit au centre du moignon comme un petit mal perforant. Diminution de la sensibilité tactile, légère exagération du réflexe rotulien, trépidation épileptoïde des muscles de la cuisse avec amyotrophie rapide et douleurs fulgurantes. Puis le membre inférieur droit se prend à son tour. Amyotrophie, secousses, soubresauts; douleurs fulgurantes; des troubles trophiques cutanés (ichtyose) apparaissent du côté du pied droit avec hyperkératinisation et durillons; lésions des ongles, formation de deux maux perforants à la plante du pied. En outre on constate, en l'espace de trois mois, huit poussées de purpura myélopathique. Ce n'était pas fini, car l'altération, d'abord limitée à la région lombo-dorsale de la moelle, paraît suivre une marche

ascendante et menace d'envahir la région cervicale, comme le démontrent les douleurs fulgurantes des membres supérieurs. Puis peu à peu, sous l'influence d'un traitement énergique, les accidents s'arrêtent et le blessé finit par guérir.

Les troubles peuvent aussi apparaître dans la tête, le cou, la face, semblant prouver de la sorte que l'extension s'est faite vers en haut. Nous observons en ce moment un malheureux blessé auquel nous avons déjà fait allusion, qui a été pris, huit jours après une blessure insignifiante par éclat de verre de l'annulaire droit, de névrite du cubital; celle-ci, après des alternatives de mieux et de pire, s'est étendue à tous les nerfs du membre supérieur, médian, radial, circonflexe, etc.; actuellement tout le côté droit de la tête et du cou est le siège de douleurs, de fourmillements, de sensations de froid ou de brûlure; les muscles de la main œdématiée et desquamante sont atrophiés, de même que ceux de l'avant-bras et du bras; depuis quelques jours, le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont pris de faiblesse, de trépidations, avec phénomènes d'anesthésie partielle passagère, maladresse des mouvements. C'est un des exemples les plus frappants de névrite ascendante que l'on puisse observer.

Dans ces cas, lorsqu'on a pu faire l'examen anatomique des racines et de la moelle, on a observé que les lésions des racines et de la moelle sont très discrètes quand on les compare à celles des nerfs.

Il ne s'agit guère que d'une atrophie simple des tubes nerveux et des cellules nerveuses; les lésions d'ordre dégénératif paraissent exceptionnelles ou du moins très limitées, et ne sont nullement comparables à celles qu'on obtient par la destruction des racines postérieures ou qu'on observe dans le tabès.

Il est difficile d'affirmer que toutes les manifestations de la névrite ascendante soient dues à des lésions du névraxe médullaire ou encéphalique; peut-être s'agit-il seulement, dans certains cas, de troubles à distance par irritation et non-inflammation des centres nerveux eux-mêmes; quoi qu'il en soit, il est assez commun d'observer, à côté des névralgies, des amyotrophies et des troubles trophiques, des arthralgies, des crises viscéralgiques, des parésies sensorielles, telles que affaiblissement de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, etc.

La névrite ascendante peut aboutir à la mort, comme en témoignent les faits de Barlow, de Heurtaux. Dans le premier une plaie contuse de la main, dans le second la section du sciatique gauche, avaient produit la paralysie motrice et sensitive dans le membre blessé, dans le membre opposé, enfin dans les quatre membres. A l'autopsie, l'on trouva que la moelle était le siège d'une myélite diffuse. Des altérations aussi profondes sont, comme nous l'avons dit, exceptionnellement retrouvées.

Le plus souvent, les blessés atteints de névrite ascendante guérissent après avoir traversé des périodes longues pendant lesquelles

leur état reste stationnaire ou, au contraire, s'aggrave. Cette guérison, relativement assez fréquente, a été mise en avant par bien des auteurs pour repousser la névrite ascendante en tant qu'affection se transmettant directement à la moelle et donnant lieu par propagation directe du nerf à la moelle aux lésions radiculaires et médullaires observées.

En 1886, notre ami le professeur Leloir (de Lille) (1), à qui nous devons tant pour l'étude des dermatonévroses, des troubles trophiques consécutifs aux névrites périphériques, admettait, que malgré les travaux de Tiesler, Feinberg, Leyden, Hayem, la névrite ascendante ne pouvant être démontrée, il fallait se rabattre, pour expliquer la pathogénie des troubles trophiques et des amyotrophies, soit sur la théorie vaso-motrice de Brown-Séguard, soit sur la théorie émise par Vulpian.

Différentes objections graves se posent quant à la théorie vaso-motrice. Vulpian pensait que l'irritation des nerfs périphériques atteints de névrite transmise à la moelle, à la substance grise en particulier, y produit des modifications plus ou moins permanentes, diminuant l'activité trophique des cellules. Ces irritations pourront devenir, dans certains cas, la cause de lésions plus considérables, permanentes de la substance grise; elles pourront même ne pas se limiter à leur foyer primitif, mais s'étendre à d'autres départements de l'axe gris (cornes antérieures et postérieures) et même parfois à la substance blanche spinale.

On est bien obligé d'admettre cette manière de voir dans les cas où, histologiquement, l'on ne trouve aucune lésion nerveuse continue ou disséminée de la périphérie au centre, la névrite ascendante propagée ne pouvant être confirmée que lorsque les lésions radiculaires et médullaires sont en continuité avec celles des troncs nerveux périphériques. On peut encore admettre, mais tout cela n'est qu'hypothèse, que les lésions sont de celles que le microscope n'a pu encore mettre en évidence.

En résumé, on peut dire que la névrite localisée et la névrite extensive locale ou névrite des plexus, se terminent presque toujours par la guérison, après des hauts et des bas, mais elles peuvent, à un moment donné et sans que l'on sache pourquoi, sans qu'on puisse le prévoir, devenir ascendantes et prendre alors une tournure beaucoup plus grave.

Le médecin et le blessé devront s'armer de patience et savoir résister, à moins d'indications spéciales sur lesquelles nous allons revenir, à la tentation de faire des interventions souvent inutiles, sinon dangereuses.

Diagnostic. — Le diagnostic de la névrite traumatique est le plus généralement facile.

(1) H. LELOIR, Des affections cutanées d'origine spinale, produites par des lésions nerveuses périphériques (*Ann. de dermat. et de syphiligr.*, 2^e série, 1886, t. VII, p. 705).

La névrite aiguë a des caractères assez tranchés pour qu'il ne soit pas possible de la confondre avec une autre complication, et cela comme signes fonctionnels aussi bien que physiques. La névrite chronique, tout en étant moins franche dans ses manifestations initiales, est presque toujours diagnostiquée sans grande difficulté, et si l'on peut penser tout d'abord à des douleurs rhumatismales, à de la névralgie pure, bientôt les troubles fonctionnels et trophiques viendront mettre sur la voie du diagnostic.

Et puis il y a toujours le traumatisme et ce fait que les névrites succèdent presque toujours à des plaies des extrémités, des doigts, des orteils en particulier. Ces plaies peuvent néanmoins être fermées et la névrite éclater après leur cicatrisation.

Son évolution clinique, locale, extensive ou ascendante, se jugera par la symptomatologie que nous en avons tracée. En somme, le diagnostic des névrites chirurgicales est relativement aisé et nous ne sommes presque jamais en face des problèmes difficiles que soulèvent l'existence des névrites d'origine interne, des polynévrites.

Le diagnostic de névrite posé, encore faut-il rechercher s'il n'existe pas une tare générale qui ait pu faciliter son explosion et favoriser le processus, telle que le diabète, l'alcoolisme, etc., etc.

Pronostic. — Inutile de nous y arrêter longuement. Il est grave ; car jamais on ne pourra dire qu'une névrite, d'abord locale, ne deviendra pas extensive ou même ascendante. Il est grave, parce que, malgré le traitement le plus éclairé, le mieux ordonné et suivi, l'affection peut ne rétrocéder que lentement et laisser après elle des stigmates indélébiles de son passage au point de vue sensoriel et moteur.

L'état général n'est pas sans être fortement ébranlé par les douleurs quelquefois atroces, discontinues ou continues, par les insomnies, et les idées de suicide chez les névritiques ne sont pas rares.

Traitement. — La première indication, dans un traumatisme nerveux, qu'il s'agisse de contusion, de plaie opératoire ou accidentelle, c'est d'éviter, autant que possible, l'infection du foyer traumatique ou opératoire ; c'est de rechercher minutieusement tous les corps étrangers ; c'est de faire en sorte de ne pas comprimer un nerf dans une ligature, si petit que soit le filet nerveux qui serait intéressé. Il y a de plus, à notre avis, à faire attention de ne pas user de solutions antiseptiques fortes au contact des gros troncs nerveux des membres.

La réunion immédiate est certes le moyen prophylactique le plus efficace pour éviter la névrite et ses accidents ; toutefois il ne faudrait pas croire qu'elle puisse être conjurée de la sorte de toutes façons ; trop souvent, malgré une réunion immédiate et rapide, elle s'installe, sans qu'on sache la cause qu'il faut incriminer.

Par contre, la névrite une fois développée, qu'elle soit aiguë ou chronique, des indications de premier ordre peuvent résulter de sa pathogénie. La névrite est-elle traumatique, soupçonne-t-on la pré-

sence d'un corps étranger qui irrite et enflamme le nerf dans un foyer de contusion, dans une plaie incomplète, la première chose à faire sera de la mettre largement à découvert, de rechercher et d'enlever toute cause d'irritation et d'inflammation.

Quand la névrite a succédé à une compression chronique par une cicatrice, par un cal, par une hyperostose, etc., il sera indiqué de dégager le tronc nerveux, d'enlever la cicatrice englobante, qu'elle soit fibreuse ou osseuse, et l'on obtiendra ainsi la rétrocession des accidents, plus ou moins rapidement, suivant le degré d'altération auquel le nerf sera déjà arrivé. Lorsque la névrite est secondaire à des inflammations, ce sont celles-ci qu'il faut traiter en même temps que la névrite elle-même. Malheureusement le traitement causal est souvent impossible, parce qu'il n'y a pas de cause directe connue ou appréciable du mal.

Que faire alors ? La névrite est aiguë ou chronique.

Lorsque la névrite est aiguë, les antiphlogistiques sous la forme d'applications de sangsues, de ventouses scarifiées, les révulsifs sous forme d'applications de pointes de feu, de vésicatoires, les réfrigérants sous la forme d'applications de vessies de glace, de compresses glacées, de stypage, les émoullients peuvent être de quelque utilité et il est bon de les employer, en même temps que la partie atteinte sera tenue au repos et dans la position la meilleure pour détendre les muscles et éviter la fatigue. Il est bon d'immobiliser absolument le membre dans une gouttière, quand il s'agit d'une névrite aiguë d'un tronc important, comme le médian ou le sciatique. Weir Mitchell recommande cette immobilisation tout spécialement. Pour lui, la révulsion n'est indiquée que lorsque les phénomènes tout à fait aigus ont cédé et il approuve surtout le passage sur la peau sèche de la brosse électrique à fils fins traversée par le courant d'induction.

Lorsque la névrite est chronique d'emblée, ou consécutivement à une inflammation aiguë, les moyens précédents ont une action bien moins efficace et, s'il est encore loisible de les employer, il faut compter bien peu sur eux ; toutefois, les pointes de feu répétées le long du trajet des nerfs douloureux, les vésicatoires volants, les pulvérisations de chloréthyle sont de mise et donneront quelquefois des résultats dans les cas peu graves, peu avancés.

Tout récemment le professeur Delorme, du Val-de-Grâce, a communiqué à l'Académie de médecine (18 décembre 1894) un Mémoire intéressant où il préconise, pour le traitement des névrites périphériques traumatiques, la compression forcée digitale. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous communiquer la note suivante :

« Les névrites localisées ou compliquées d'irradiations à distance sont, comme l'on sait, assez fréquentes, à la suite des blessures accidentelles ou chirurgicales de la main et du pied. Dans ces cas, on exerce avec les pouces, sur la plaie ou dans ses environs, sur tous les